

« Expression du lait et peau à peau en néonatalogie : comment sont-ils pratiqués au CHU Sud Réunion ? »



Kornélia TANTALE

Martine PAYET

Sophie BENARD-HOARAU

Travail réalisé dans le cadre de la formation

« Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCCE »
CREFAM

REMERCIEMENTS

Un grand merci aux mères des prématurés pour leur participation à notre étude.

Merci à Lina et sa maman de nous permettre de partager la photographie de leur complicité en peau à peau.

Merci aux cadres de santé de néonatalogie, de maternité, au directeur des soins infirmiers et à la cadre supérieure de santé du pôle femme mère enfant pour leurs encouragements et leur soutien logistique.

Merci à nos collègues de travail pour leur collaboration et le soutien quotidien apporté aux petits-bouts et leur famille.

Merci à Danièle BRUGUIÈRES pour sa disponibilité, sa lecture attentive et ses conseils constructifs.

Merci à nos maris et familles pour leur soutien moral, à la maison et leurs encouragements dans cette grande aventure

SOMMAIRE

Remerciements	1
Introduction	4
Première partie : cadre conceptuel l'allaitement maternel et le prématuré.....	6
I. L'expression du lait	7
1) L'expression manuelle.....	8
a. Quand et dans quel but ?.....	8
b. Comment faire ?	9
2) Les tire-lait.....	10
a. Généralités	10
b. Comment choisir une taille de tétérrelle adaptée ?	11
3) Optimiser la production de lait.....	12
a. Stratégies développées par le Dr Jane MORTON	13
b. Les avantages du double recueil.....	14
Des études ont révélé des avantages de cette méthode, pour la mère et son enfant :	14
c. La compression mammaire	14
II. Le peau à peau.....	15
1) La technique du peau à peau	15
2) Études et recommandations internationales	16
3) Les effets positifs observés sur l'allaitement maternel	17
4) Recommandations et référentiel pour le peau à peau des enfants prématurés	19
Deuxième partie : enquête auprès des mères.....	20
I. Méthodologie de l'enquête.....	21
1) Population concernée.....	21
2) La rencontre avec les mères	21
II. Biais et limites de l'enquête.....	22
III. Résultats de l'enquête	23
1) L'expression du lait	23
2) La pratique du peau à peau	32
Troisième partie : analyse, discussion, axes d'amélioration	36

I. Analyse et discussion	37
1) Initiation de l'expression du lait	37
2) Informations et accompagnement des mères pour l'expression du lait	38
3) Les pratiques des mères autour de l'expression du lait.....	39
4) Les obstacles rencontrés par les mères pour exprimer leur lait.....	40
5) Le peau à peau.....	42
II. Perspectives d'amélioration	45
1) La mise en route de la lactation et l'expression du lait	45
2) L'accessibilité du matériel	46
3) Les obstacles à l'expression du lait	47
4) L'accompagnement des mères	47
5) Le peau à peau.....	47
Conclusion	48
Annexes	50
ANNEXE 1 : Bonne taille de tétérèlle	51
ANNEXE 2 : Expression manuelle et tire-lait (Fiche 11 du référentiel Allaitement maternel du réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon)	52
ANNEXE 3 : Protocole peau à peau	57
ANNEXE 4 : Formulaire de consentement	59
ANNEXE 5 : Grille de recueil.....	60
ANNEXE 6 : Questionnaire d'entretien	66
Références bibliographiques/webographiques	71

INTRODUCTION

Une naissance avant terme, la séparation mère-enfant, un apprentissage long vers une tétée efficace sont autant de facteurs qui desservent le projet des mères souhaitant un allaitement maternel exclusif.

Des nombreuses études et données de la littérature scientifique confirment l'importance du lait maternel et son impact spécifique sur la bonne santé des prématurés.

Au cours de notre pratique professionnelle dans les services de néonatalogie du CHU Sud Réunion, nous avons remarqué que, au moment de la sortie de bébé à domicile, seules quelques mères peuvent encore nourrir leur bébé prématuré exclusivement avec leur lait et poursuivent ce projet à la maison, et cela pendant plusieurs mois.

Bien que les mères s'investissent et essaient d'exprimer régulièrement leur lait à l'aide d'un tire-lait, leur lactation diminue et certaines abandonnent leur projet d'allaitement durant le séjour même du bébé.

D'autres poursuivent leurs efforts pour ne recueillir parfois que quelques millilitres par jour de ce précieux liquide. Le fait que les bébés reçoivent également de plus en plus de compléments de préparations pour nourrissons peut constituer une difficulté supplémentaire au moment du retour à domicile, et les mères doivent faire le deuil de leur projet d'allaitement.

Nous savons que les situations qui aboutissent à un allaitement maternel exclusif sur plusieurs mois, comme le préconise l'Organisation Mondiale de la Santé, sont souvent celles où les mères sont présentes quotidiennement auprès de leur bébé né prématurément, et tirent rigoureusement leur lait dès les premières heures post-partum, et au moins 8 fois par jour, dont au moins une fois la nuit.

Nous savons également que des séances en peau à peau sont à favoriser dès que la situation le permet. Et que la pratique régulière du peau à peau mère-enfant est aussi un facteur favorable au démarrage et au maintien de la lactation des mères de prématurés.

Le constat que, dans nos services, peu de mères de prématurés arrivent à une production de lait suffisante et durable, a été éclairé par les connaissances acquises en formation de consultant en lactation, sur les facteurs favorisant le démarrage et l'entretien de la lactation en cas de séparation mère-enfant. C'est dans ce contexte que nous avons identifié l'intérêt de travailler sur l'analyse des pratiques du service pour notre mémoire de formation.

Nous avons choisi de mener une étude afin :

- d'évaluer les fréquences et durées de séances de peau à peau pratiquées et les quantités de lait maternel exprimées par les mères ayant accouché à moins de 34 semaines d'aménorrhée (SA),
- d'identifier les obstacles que les mères rencontrent pour pratiquer le peau à peau et pour initier et maintenir leur lactation de façon optimale.

L'objectif à long terme est d'augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif au retour à domicile pour les bébés nés prématurément.

Dans la première partie de notre travail, nous présentons une synthèse des études et recommandations sur l'allaitement maternel et le prématuré.

Puis dans une deuxième partie, nous exposons notre enquête et ses résultats. Enfin, dans une dernière partie, nous analysons les résultats de notre étude et proposons des axes d'amélioration.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL
L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LE PRÉMATURÉ

Le lait maternel est plus qu'un liquide véhiculant des nutriments, c'est aussi un liquide biologique vivant ayant des propriétés immunobiologiques. Pour le bébé prématuré, c'est de l'or.

Dans le cadre d'un accouchement prématuré, les mères sont la plupart du temps séparées dès la naissance de leur enfant.

Si la mère a fait le choix d'allaiter ou souhaite donner son lait à son enfant, c'est à elle d'initier sa lactation et de la maintenir en exprimant son lait, jusqu'à ce que bébé puisse être allaité entièrement au sein.

« *Indiquer aux mères [...] comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.* » est une des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'UNICEF en 1989 et reprises en France dans les Douze recommandations de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés.¹

I. L'expression du lait

Commencer à exprimer le lait tôt et tirer le plus fréquemment possible sont des facteurs favorables pour établir une lactation normale chez ces mères de prématurés.

D'après une étude d'Hopkinson, Schandler & Garza (1988)², il a été constaté que plus la première expression était effectuée précocement, plus le volume de lait produit au bout de deux semaines était important.

Meier (1994)³, d'après son expérience clinique, recommande dans la mesure du possible que cette expression ait lieu dès le jour de la naissance.

Dans le passé, il était suggéré de débiter l'expression de lait dans les six heures post-partum. L'étude de Parker et al. de 2012⁴ a montré l'intérêt pour les mères d'enfants de très petits poids de naissance d'initier le tirage du lait dans l'heure suivant la naissance. Dans l'étude, cette initiation précoce augmentait le volume de lait chez ces femmes durant les 7 premiers jours et à 3 semaines, et permettait l'apparition plus rapide de la lactogénèse II.

Selon les règles mondiales pour l'initiative OMS /UNICEF des Hôpitaux Amis des bébés, « Une assistance devrait être apportée aux mères dont les bébés sont placés dans l'unité de soins spéciaux afin de leur montrer comment faire démarrer puis entretenir la lactation par l'expression fréquente de lait. »³

Pour lancer la lactation, il est recommandé de tirer le lait 8 à 12 fois par 24 heures.

Se basant sur sa propre expérience clinique, Meier (1994)³ recommande de le faire en particulier durant la première semaine qui suit la naissance.

Le rythme des tirages reproduit le rythme d'un nouveau-né en bonne santé au sein, c'est-à-dire au moins 8 fois par jour. L'objectif de volume est d'obtenir au moins 750 ml par jour en fin de deuxième semaine post-partum.

Pour ce faire, la mère a la possibilité de tirer son lait avec différentes sortes de tire-lait ou encore à la main par expression manuelle.

1) L'expression manuelle

On entend par expression manuelle le fait d'exprimer son lait avec ses mains. Cette méthode demande peu de moyens pour être réalisée et est très efficace.

Dans l'objectif de démarrer la lactation pour un enfant prématuré, elle peut être associée à l'expression au tire-lait pour augmenter l'efficacité du drainage.

a. Quand et dans quel but ?

Dès la naissance du bébé et en cas de séparation avec la mère, la stimulation de la lactation est d'autant plus efficace que l'expression manuelle est initiée le plus tôt possible. Par rapport au tire-lait, elle présente également l'intérêt de recueillir le colostrum dans un récipient de taille adaptée aux quantités obtenues, ce qui facilite son don à l'enfant,

« Les femmes qui commencent à exprimer leur lait à la main dans les heures qui suivent la naissance et qui le font au moins cinq fois par jour produisent plus de lait. »⁵

Lorsque les enfants naissent prématurément ou que le bébé a une succion peu efficace, l'expression manuelle prend toute son importance et valorise par la même occasion la mère dans son rôle.

L'expression manuelle peut aussi être réalisée à différents moments au cours de l'allaitement :

- En cas d'engorgement, surtout s'il est situé au niveau de l'aréole, éventuellement réalisée après un assouplissement de l'aréole (par des techniques manuelles simples).
- Pour soulager ponctuellement les seins lorsque en l'absence de bébé, lors de la reprise du travail ou en cas de séparation de la mère et de son enfant.

b. Comment faire ? ^(A)

Au préalable, la mère se lave soigneusement les mains et prend un récipient (cuillère, gobelet ou autre) propre dans lequel elle va pouvoir recueillir son lait.

- Elle commence par un massage de tous les quadrants du sein.
- Puis, elle positionne ses doigts à 2,5-3 cm en arrière de la base du mamelon, de façon à former un C ou un U, le mamelon étant au centre. Par exemple, si on repère les quadrants du sein par les graduations d'une horloge, la pulpe du pouce est à 12 heures et la pulpe de l'index à 6 heures. (A)
- Ensuite, elle presse les doigts vers la cage thoracique sans relâcher (B) puis comprime son sein en rapprochant le pouce des autres doigts sans les faire glisser vers le mamelon (C/D).
- Elle relâche et renouvelle l'opération en déplaçant ses doigts autour du mamelon et en alternant avec les massages, afin de drainer tous les quadrants du sein.

L'ensemble d'une séance d'expression manuelle dure en moyenne 20 minutes.

^(A) Vidéo explicative : Hand Expression of Breastmilk
<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html>

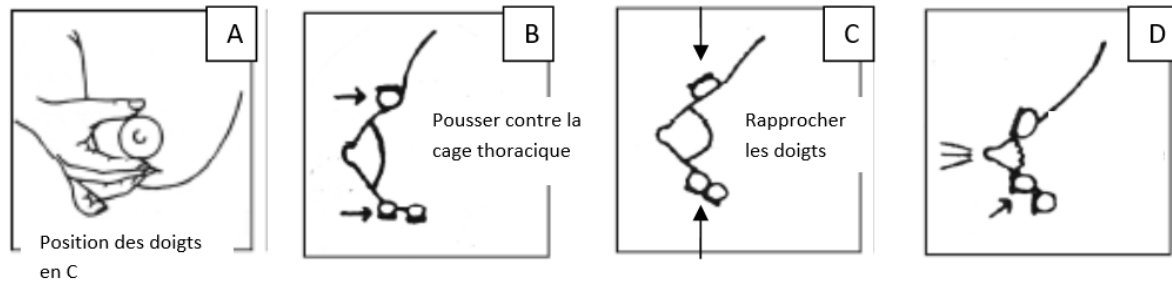


Figure 1 : les différentes étapes de l'expression manuelle, les doigts de la mère peuvent être placés un peu plus loin derrière la base du mamelon.

« repris et adapté de <http://allaitement.ca/wp-content/uploads/Expression-manuelle-du-lait-Marmet.pdf> »

Il est très important que l'expression ne soit pas douloureuse, d'autant que c'est un critère d'efficacité influençant la quantité de lait obtenue. Le plus souvent, il suffit que la mère modifie un peu la position de ses doigts pour que l'expression devienne confortable.

2) Les tire-lait

a. Généralités

Il existe des tire-lait électriques et manuels. Leur but est de faciliter l'écoulement du lait, en générant pour la plupart une pression négative.

Avec un tire-lait manuel, c'est la mère qui en gère le fonctionnement avec sa main.

Afin de lancer et maintenir sa lactation pour son bébé hospitalisé, il est préférable pour la mère d'utiliser un tire-lait électrique, plus confortable pour ses poignets et pour un gain de temps. Elle règle la pression exercée par la machine en fonction de son confort.

Avec un tire-lait électrique, la mère tire son lait pendant 10-15 minutes par sein, ou en tout cas jusqu'à la dernière goutte.

En France, il est recommandé d'utiliser du matériel stérile en milieu hospitalier pour le recueil du lait. ^{6 7}

L'hygiène de la mère repose sur une douche quotidienne et un lavage soigneux des mains à chaque recueil de lait.

L'efficacité du tire-lait et une tétérèlle adaptée à la morphologie du sein de la mère sont importantes pour une expression et un drainage efficaces du sein.

b. Comment choisir une taille de tétérèlle adaptée ? ^(A)

Le choix de la tétérèlle se fait en fonction de la taille du mamelon. Le diamètre de l'embout de la tétérèlle doit correspondre au diamètre à la base du mamelon + 2 mm, un œdème au niveau de l'aréole ou du mamelon pouvant se former lors de la séance d'expression.

Le mamelon doit pouvoir bouger librement dans la tétérèlle, alors que l'aréole n'y est quasiment pas introduite.

Une tétérèlle correctement placée évite la compression des canaux galactophores ; le sein est ainsi drainé de façon optimale, avec une efficacité maximale sur la production de lait.

^(A) Cf. annexe 1 : Bonne taille de tétérèlle

3) Optimiser la production de lait

Une étude menée par le Dr Jane Morton⁸ montre que les mères de bébés prématurés, nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée, qui en premier lieu exprimaient manuellement leur colostrum, puis par la suite combinaient tire lait électrique/massage/compression mammaire ainsi que expression manuelle lors d'une même session, avaient augmenté leur production de lait au cours des 8 semaines de l'étude^(A).

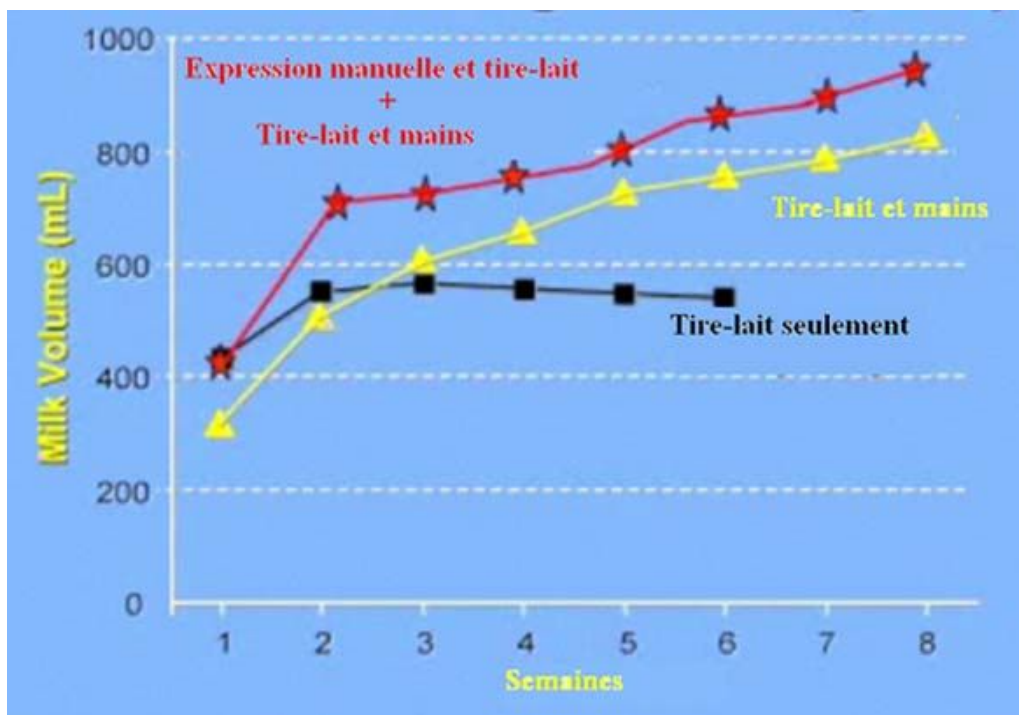


Figure 2 : Volume de lait moyen exprimé sur 24 h au cours des 8 semaines post-partum selon les techniques utilisées. La courbe noire correspond au groupe de femmes qui ont utilisé un tire-lait à double recueil depuis la naissance, sans expression manuelle ni compression mammaire. La courbe jaune est celle des mères ayant utilisé un un tire-lait à double recueil depuis la naissance avec massage mais sans expression manuelle. Enfin les mères du 3^e groupe (courbe rouge) ont pleinement mis en œuvre les techniques préconisées par Jane Morton.⁹

La production de ces femmes était supérieure aux besoins d'un bébé à terme. Cette abondance est un point essentiel pour mener le bébé prématuré vers un allaitement exclusif.

^(A) Vidéo explicative : Maximizing Milk Production with Hands On Pumping
<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

Physiologiquement, le contrôle de la lactation devenant autocrine au cours des deux semaines post-partum, un intervalle de plus de 6 heures entre deux tirages affectant la production lactée de certaines femmes, il est recommandé de tirer au moins une fois la nuit.

a. Stratégies développées par le Dr Jane MORTON

Ces étapes sont décrites dans le tableau ci-dessous.

LES 3 PREMIERS JOURS Avant la montée de lait, au moins 8 fois par jour	
1) Massage des seins (+/- chaleur) • Non douloureux • Stimuler le réflexe d'éjection 2) Expression manuelle • Recueil du colostrum • En alternant d'un sein à l'autre jusqu'à la dernière goutte 3) Tire-lait double recueil • Augmenter la stimulation des seins • Associé à la compression mammaire, si possible	
APRÈS LA MONTÉE DE LAIT Au moins 8 fois par jour	
1) Massage des seins (+/- chaleur) • Non douloureux • Stimuler le réflexe d'éjection 2) Tire-lait double recueil • Associé à la compression mammaire, si possible pour la mère 3) Massage des seins • Entre deux réflexes d'éjection • Pour relancer le réflexe d'éjection 4) Tire-lait simple recueil et/ou expression manuelle • Optimiser le drainage des seins, lait+++ • En alternant d'un sein à l'autre jusqu'à la dernière goutte • Associer la compression mammaire au tire-lait	

b. Les avantages du double recueil

Le double recueil se définit par l'expression simultanée des deux seins.

Des études ont révélé des avantages de cette méthode, pour la mère et son enfant ¹⁰:

- La durée de l'expression est réduite de moitié, permettant à la mère de passer plus de temps auprès de son enfant.
- La quantité de lait recueillie est supérieure ou au moins égale à la quantité recueillie en simple recueil.
- Le lait obtenu a une plus forte teneur énergétique, ce qui est particulièrement important pour les nourrissons prématurés.
- Une teneur énergétique élevée indique un meilleur drainage des seins, favorisant ainsi le maintien de la lactation.
- Les niveaux de prolactine sont plus élevés favorisant une production de lait accrue.

c. La compression mammaire

C'est un geste que la mère peut pratiquer pendant une séance d'expression afin d'augmenter le transfert de lait et la teneur en graisse du lait recueilli.

Elle consiste à aider l'éjection du lait en exerçant une pression manuelle continue derrière la glande mammaire.

D'une main, la mère tient l'ensemble téterelle/flacon de recueil et de l'autre, son sein.

Elle place ses doigts à environ 3 cm en arrière de la base du mamelon (par exemple : le pouce en haut du sein et les autres doigts rapprochés de l'autre côté) et exerce une pression continue, plus ou moins appuyée et non douloureuse, en ajustant l'intensité.

La mère verra l'efficacité de son geste par l'augmentation du flux de lait dans la téterelle.

II. Le peau à peau

1) La technique du peau à peau

Le peau à peau consiste à porter un nouveau-né à terme ou prématuré sur le torse de sa mère. L'enfant est en couche et placé verticalement entre les seins de sa mère, en dessous de ses vêtements ou dans un bandeau adapté.

Pour les enfants de très petit poids, il est conseillé de les installer plus haut sur un sein, afin de favoriser l'enroulement de leur corps en position fœtale.

Cette technique est appelée également **KMC** = Kangaroo Mother Care ou encore **MMK**=Méthode Mère Kangourou, qui définit la position kangourou.

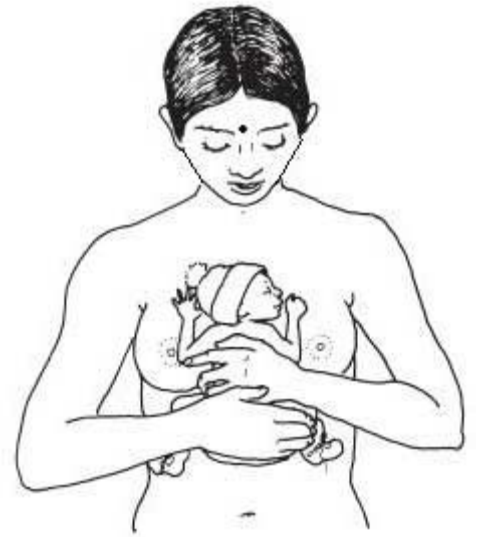


Illustration 1 :
La position Kangourou ¹¹

Le peau à peau peut être réalisé pendant de courtes périodes une fois ou plusieurs fois par jour et sur un nombre variable de jours. La pratique est alors « intermittente » et cette méthode a suscité beaucoup d'intérêt dans les unités néonatales de haute technologie des pays occidentaux. Elle est également pratiquée dans les salles de naissances pour son effet bénéfique à l'attachement mère-enfant et au démarrage de l'allaitement.

Le portage en peau à peau constant ou en continu est pratiqué sans interruption, 24 h sur 24, tous les jours et avec la participation du père.

Cette méthode a été lancée en 1978 par des pédiatres colombiens de Bogota en Colombie. Elle a été mise au point comme alternative au manque de couveuses appropriées pour les bébés nés prématurément. Plus de trois décennies d'expérience et de recherches ont permis de constater que les soins « peau à peau » sont aujourd'hui plus qu'une solution de remplacement pour les soins en couveuse.¹¹

La pratique du peau à peau s'est avérée efficace pour la protection thermique, l'allaitement au sein, l'établissement de liens affectifs et ce indépendamment du milieu, du poids, de l'âge gestationnel et des conditions cliniques.¹²

2) Études et recommandations internationales

Les recommandations, le rapport de la Première conférence européenne et le septième atelier international sur la Méthode Mère Kangourou en 2010 mentionnent les données actuelles.

Il existe des preuves que KMC (Kangaroo Mother Care) :¹³

- renforce le lien et l'attachement
- réduit les symptômes de la dépression post-partum maternelle
- offre une régulation thermique optimale
- améliore la stabilité physiologique infantile et réduit la douleur
- augmente la sensibilité des parents pour une meilleure compréhension de leur enfant
- est essentiel pour la mise en place de l'allaitement maternel
- contribue à une plus longue durée de l'allaitement exclusif
- a des effets positifs sur le développement du nourrisson et de l'interaction enfant / parent
- réduit le stress parental et contribue à un environnement optimal de la maison familiale.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), dans ses recommandations « Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant » mentionne les modalités de pratique du peau à peau en salle de naissance.¹⁴

Dans un souci de réussite de l'allaitement : « À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère [...]. Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. »

L'ANAES précise dans ses recommandations que la surveillance et les exigences de sécurité pour les dyades mère-enfant devraient être maintenues durant le peau à peau en salle de naissance. En service de néonatalogie, les conditions de surveillance sont différentes car l'enfant est en général scopé.

3) Les effets positifs observés sur l'allaitement maternel

« Le portage en peau à peau a un impact positif sur l'allaitement : la mère a une sécrétion lactée plus abondante, l'enfant tète plus souvent, la mère se sent plus compétente, et la prévalence de l'allaitement à la sortie du service est plus élevée, la durée de l'allaitement est augmentée. »¹⁵

Au vu des nombreuses études prouvant l'importance du contact peau à peau et son influence sur la lactation, la poursuite de ce soin est conseillée même après le passage en berceau du prématuré.

Deux essais contrôlés randomisés et une étude de cohorte effectués dans des pays à faible revenu ont examiné l'effet de la méthode « mère kangourou » sur l'allaitement au sein.

Les trois études ont constaté que la méthode accroissait la prévalence et la durée de l'allaitement au sein. Six autres études réalisées dans des pays à revenu élevé, dans lesquels le contact peau contre peau n'a été utilisé que plus tardivement et seulement pendant une durée limitée par jour, ont également observé un effet bénéfique sur l'allaitement au sein.

Les résultats de toutes ces études sont résumés dans le tableau ci-dessous, issu de « la méthode " mère-kangourou " guide pratique » de l'OMS (2004).

Il est par conséquent permis de penser que plus tôt sera utilisé le contact peau à peau, plus grand sera l'effet sur l'allaitement au sein.

En conclusion, la meilleure pratique serait : du peau à peau dès que possible, aussi longtemps que possible et aussi ininterrompu que possible.

Étude	Auteur	Année	Réf.	Résultat	Soins kangourou	Contrôle
Essai contrôlé randomisé	Charpak et al.	1994	29	Allaitement au sein, partiel ou exclusif:		
				- 1 mois	93 %	78 %
				- 6 mois	70 %	37 %
				- 1 an	41 %	23 %
Essai contrôlé randomisé	Charpak et al.	1997	25	Allaitement au sein partiel ou exclusif à 3 mois	82 %	75 %
Essai contrôlé randomisé	Cattaneo et al.	1998	26	Allaitement au sein exclusif lors de la sortie	88 %	70 %
	Schmidt et al.	1986	32	Quantité quotidienne	640 ml	400 ml
				Nombre de tétées quotidiennes	12	9
	Whitelaw et al.	1998	33	Allaitement au sein à 6 semaines	55 %	28 %
	Wahlberg et al.	1992	34	Allaitement au sein lors de la sortie	77%	42%
Essai contrôlé randomisé	Syfrett et al.	1993	35	Nombre de tétées quotidiennes (34 semaines d'âge gestationnel)	12	12
	Blaymore-Bier et al	1996	36	Allaitement au sein lors :		
				- de la sortie	90 %	61 %
				- à 1 mois	50 %	11 %
	Hurst et al.	1997	37	Volume quotidien à 4 semaines	647 ml	530 ml
				Allaitement au sein exclusif lors de la sortie	37 %	6 %

4) Recommandations et référentiel pour le peau à peau des enfants prématurés

En 2008, ont été publiées des recommandations cliniques pour la mise en œuvre de la Méthode Kangourou (autre dénomination pour le peau à peau continu) pour des bébés prématurés de 30 SA et plus.¹⁶

Dans un tableau sont définis les critères permettant d'évaluer l'état clinique du bébé pour l'installation en peau à peau. Le déroulement du transfert assis ou debout sont bien expliqués. Des conseils et l'instruction concernant l'installation des enfants ventilés sont également mentionnés. On y trouve tous les critères de surveillance durant le soin. C'est une référence à adapter pour faciliter la mise en place de cette pratique dans les unités néonatales.

Dans les unités de Néonatalogie du Pôle Femme Mère Enfant du Centre Hospitalier Universitaire site Groupe Hospitalier Sud Réunion, un « protocole peau à peau »^(A) élaboré et réajusté en 2012 par le comité de pilotage de soins de développement est à disposition du personnel.

Ce protocole aborde les indications, contre-indications, les situations nécessitant un avis médical, le déroulement et l'installation du nouveau-né en peau à peau.

Le portage en Méthode Kangourou peut débuter à partir du moment où l'état clinique du bébé est stable, indépendant de son terme et de son poids.

^(A) Cf. annexe 3: Protocole peau à peau

DEUXIÈME PARTIE :
ENQUÊTE AUPRÈS DES MÈRES

I. Méthodologie de l'enquête

Par notre étude de terrain, nous avons souhaité évaluer les pratiques réelles relatives à l'accompagnement des mères dans leur projet d'allaitement maternel dans nos services de néonatalogie.

1) Population concernée

Les mères étaient incluses dans l'étude si elles répondaient aux critères suivants :

- Accouchement prématuré à moins de 34 semaines d'aménorrhée.
- Nouveau-né hospitalisé dès la naissance et pendant au moins 10 jours dans les unités de réanimation, soins intensifs néonataux et de néonatalogie du Pôle Femme Mère Enfant du Centre Hospitalier Universitaire site Groupe Hospitalier Sud Réunion.
- La mère a choisi de donner son lait à son enfant avec ou sans projet d'allaitement au sein par la suite.

Les mères illettrées (ne sachant ni lire, ni écrire), ne parlant pas le français, présentant une pathologie psychiatrique ou hospitalisées en réanimation adulte ont été exclues de l'enquête.

L'enquête a été réalisée du 16 décembre 2013 au 3 février 2014.

Nous avons établi un planning, afin que l'une de nous trois soit présente dans le service pendant cette période, pour la première rencontre avec la mère.

2) La rencontre avec les mères

Lors de la 1^{ère} rencontre avec la mère, qui a eu lieu dans les 36 heures après la naissance de son (ses) enfant(s), nous nous sommes présentées et avons expliqué les raisons de notre visite, ainsi que notre projet. À l'issue de cet entretien, la mère signait le formulaire^(A) de consentement si elle acceptait de participer à l'étude. De plus, nous avons répondu à ses éventuelles questions.

^(A) Cf. annexe 4 : formulaire de consentement

Les mères se sont engagées à noter des informations sur l'expression du lait et le peau à peau avec leur(s) bébé(s) tous les jours, pendant 10 jours, y compris après leur retour à domicile. À cet effet, nous leur avons remis un livret comportant une grille^(B) à compléter et nos coordonnées, afin qu'elles puissent nous contacter si besoin.

À l'issue de ces 10 jours de recueil, nous avons eu un entretien^(C) avec les mères, dont l'enfant était resté hospitalisé dans les unités de soins mentionnées ci-dessus.

En effet, dans le cas où la mère et l'enfant seraient passés en chambre mère-enfant, l'interprétation du recueil de données sur les quantités de lait exprimées, aurait été plus délicate. En unité kangourou, l'enfant est en général déjà assez efficace pour prélever des quantités significatives de lait directement au sein.

Le questionnaire portait principalement sur l'expression du lait (au tire-lait et à la main) et le peau à peau, en abordant leur projet d'allaitement, les informations reçues et leur vécu durant ces dix jours. Les entretiens ont eu lieu dans le service ou dans la chambre de la mère.

II. Biais et limites de l'enquête

L'adhésion des mères à notre projet a facilité sa réalisation. En effet après leur avoir expliqué le but de notre travail, toutes ont répondu oui et ont bien voulu tenir le livret de façon journalière et pour la durée demandée.

Nos collègues de travail également ont pu faire le relais auprès des mères qui souhaitaient nous rencontrer. La connaissance de la réalisation de cette étude par nos collègues a pu constituer un biais positif.

La prise en charge d'un enfant par l'une d'entre nous a pu constituer un biais positif dans l'accompagnement de la mère dans son projet d'allaitement et ainsi influencer les résultats de l'enquête. Il en fut de même lors de la présentation initiale du sujet car si une mère posait des questions, il était éthiquement impossible de ne pas lui transmettre les informations les plus récentes et de répondre à ses questions.

^(B) Cf. annexe 5 : grille de recueil

^(C) Cf. annexe 6 : questionnaire d'entretien

Trouver le temps pour se retrouver selon les disponibilités de chacune ne fut pas toujours facile, heureusement que l'union fait la force et que notre motivation a eu raison des contraintes !

III. Résultats de l'enquête

Au cours de cette étude, 13 mamans ont accouché de nouveau-nés prématurés, âgés de 25 SA et 5 jours jusqu'à 34 SA. Elles répondaient à nos critères d'inclusion et ont toutes accepté de participer.

Nous avons donc remis 13 livrets mais seulement 10 entretiens ont été réalisés, car 3 bébés ont été transférés en unité kangourou avec leur mère avant la fin des 10 jours de recueil.

Les résultats qui suivent concernent ces 10 mères, autant pour l'analyse des livrets que pour les entretiens.

1) L'expression du lait

➤ **La première expression de lait en post-partum**

Sur 10 mères, 5 ont exprimé la première fois leur lait dans les 24 heures après la naissance de leur enfant, dont une entre 6 et 12 h.

Aucune mère n'a commencé à exprimer son lait dans les 6 heures après la naissance.

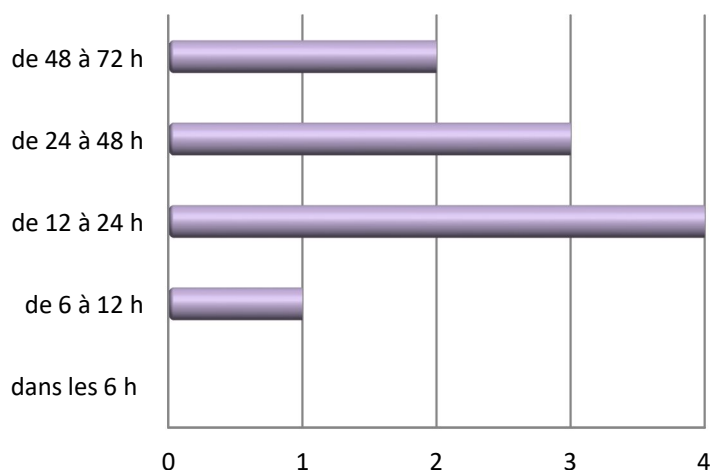


Figure 3 : répartition des 10 mères de l'étude selon le moment de la première expression de lait.

➤ La fréquence d'expression du lait

Dans les 3 premiers jours de vie du bébé, 8 mères sur 10 ont exprimé leur lait 1 à 3 fois par jour.

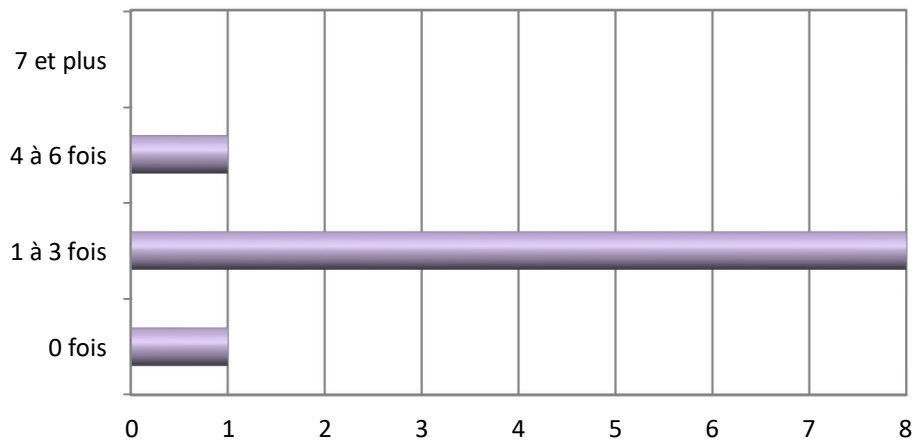


Figure 4 : répartition des 10 mères de l'étude selon la fréquence avec laquelle elles ont exprimé leur lait durant les 3 premiers jours (nombre d'expressions par 24 heures).

Du 4^e au 10^e jour, 6 mères ont tiré en moyenne 4 à 6 fois par jour leur lait pour leur enfant. Une mère l'a fait 7 fois par jour.

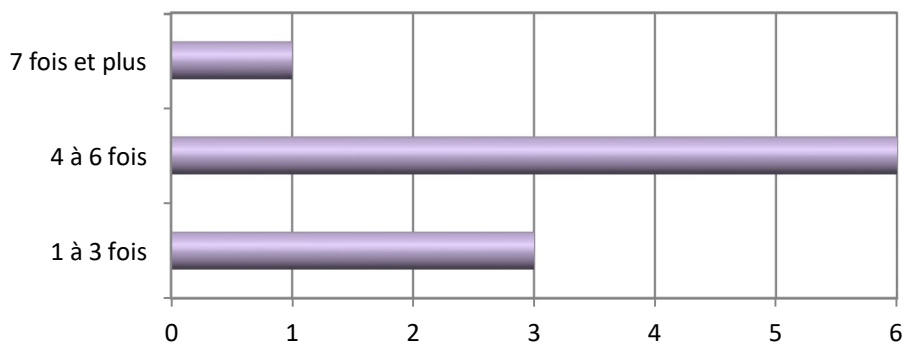


Figure 5 : répartition des 10 mères de l'étude selon la fréquence avec laquelle elles ont exprimé leur lait entre le 4^e et le 10^e jour après la naissance (nombre d'expressions par 24 heures).

➤ Quantité de lait exprimée au 10^e jour de vie du bébé

Au 10^e jour post-partum, une mère a tiré moins de 100 ml par jour. Deux mères ont exprimé entre 351 à 500 ml. Une mère a obtenu plus de 500 ml (précisément 540 ml).

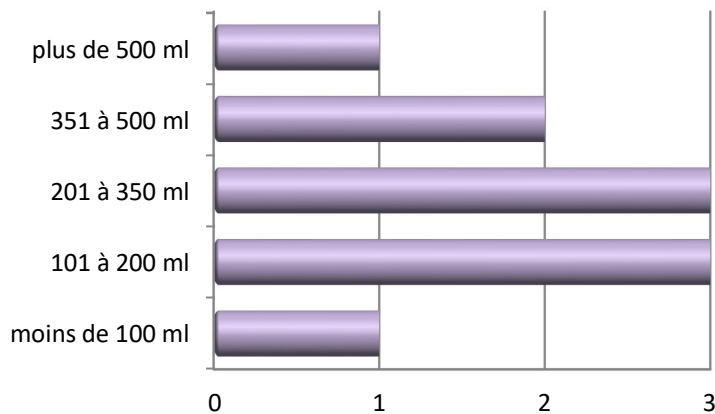


Figure 6 : répartition des 10 mères de l'étude selon la quantité de lait exprimée en ml au 10^e jour de vie du bébé

➤ Le projet d'allaitement des mères

Toutes les mères ont été incluses dans l'étude parce qu'elles avaient décidé de tirer leur lait pour leur bébé.

Sept mères souhaitent allaiter leur enfant au sein par la suite, dont une qui a également répondu « nourrir mon enfant avec mon lait pendant l'hospitalisation ». Une mère voulait nourrir son enfant avec son lait pendant le séjour dans le service. Deux mères ont déclaré ne pas encore bien savoir ce qu'elles feraient.

➤ Informations reçues par les mères sur l'expression du lait au tire-lait

L'ensemble des mères ont dû avoir reçu des informations sur le tire-lait.

Toutes ont été informées sur son utilisation ; les autres informations les plus citées portaient sur les règles d'hygiène et la fréquence d'expression.

L'ensemble des réponses est listé dans le tableau ci-après.

Informations sur	Nombre de mères
Utilisation tire lait (machine, tétérrelle)	10
Règles d'hygiène	9
Fréquence tirages	5
Expression manuelle	2
Conservation du lait	1
Massage	1
Compression + massage	1

Tableau 1 : Réponses formulées par les mères sur les informations reçues sur l'expression du lait au moment où le tire-lait leur a été fourni

Deux mères ont déclaré que le soignant avait donné également des informations sur la durée de l'expression, 30 minutes par sein pour l'une et 10 à 15 minutes pour l'autre.

Neuf mères sur dix ont été accompagnées par un soignant lors de la première utilisation du tire-lait.

➤ Lieu de réalisation de la première expression du lait

Neuf mères ont tiré leur lait la première fois dans le service de leur bébé, une a pu le faire à la maternité.

➤ Informations reçues sur le nombre minimal d'expression par 24 heures pour un démarrage optimal de la lactation

Toutes les mères ont dit avoir reçu l'information sur la fréquence des expressions.

Neuf mères sur dix ont reçu l'information de tirer leur lait au moins 8 fois par 24 h, pour une mère, c'était 6 fois. Trois mères se souvenaient d'avoir eu des informations sur l'intérêt d'exprimer le lait pendant la nuit. Une mère a précisé qu'on lui a dit de le faire une fois, alors pour une autre, l'information de tirer deux fois la nuit a été donnée.

➤ L'intérêt de l'expression du lait la nuit

La moitié des mères ont dit avoir eu des explications sur l'intérêt d'exprimer le lait au moins une fois la nuit. Chacune de ces cinq mères a donné une réponse, toutes sont listées dans le tableau ci-dessous.

Intérêt d'exprimer le lait au moins une fois la nuit car :	Nombre de mères
Meilleure montée de lait la nuit	1
Pic d'hormone la nuit	2
Prévention de l'engorgement	2

Tableau 2 : réponses des mères sur l'intérêt d'exprimer le lait au moins une fois la nuit, quand c'était une information fournie par un soignant.

Parmi les cinq mères qui n'avaient pas eu d'information sur ce point de la part d'un soignant, une mère a déclaré avoir lu sur une affiche de la salle d'allaitement qu'il était utile d'exprimer son lait la nuit et une autre mère a fait cette hypothèse en considérant que la majorité des enfants têtent la nuit.

➤ Accessibilité du matériel au cours de l'hospitalisation et à domicile

Neuf mamans sur dix ont trouvé que le matériel était disponible dans le service d'hospitalisation de l'enfant.

La maman ayant répondu non n'avait pas pu tirer son lait dans le service d'hospitalisation de son bébé pour des raisons de santé.

Une mère a précisé qu'elle a apprécié de pouvoir tirer son lait auprès de son enfant, dans le respect de sa pudeur. Elle considérait que cette facilité lui a permis d'obtenir de plus grands volumes de lait.

Une mère a évoqué le manque de téterelles adaptées aux machines. Ceci s'est en effet produit pendant le cyclone qui a perturbé le service de stérilisation des téterelles.

Quatre mères ont déclaré que le tire-lait était facilement accessible dans le service de maternité, les six autres ont évoqués les difficultés suivantes :

- Pour deux mères, le manque de tire-lait
- Pour deux, l'absence de flacons de recueil et de téterelles

- Pour une, l'absence de téterelle adaptée
- Pour une, l'incompréhension dans sa demande. Au lieu du matériel, on lui a donné une ordonnance.

Concernant les possibilités pour se procurer un tire-lait au retour à domicile, seule la moitié des mères ont pu répondre car elles étaient rentrées chez elles ou sur le point de le faire.

Deux n'ont eu aucune difficulté à se procurer le matériel.

Une mère a dû contacter plusieurs pharmacies pour avoir le matériel complet (tire-lait et téterelles).

Une autre n'a pu avoir de tire-lait malgré les démarches effectuées auprès des pharmacies et a été obligée d'acheter un tire-lait manuel.

Pour une autre mère, la sortie ayant eu lieu un jour non ouvrable, la pharmacie de garde n'a pas pu lui délivrer de tire-lait, elle a dû attendre le lendemain pour s'en procurer un.

➤ Les obstacles à l'expression du lait

Obstacles	Nombre de mères
j'étais trop fatiguée	6
je préférais rester auprès de mon bébé plus longtemps	4
j'étais trop préoccupée et inquiète pour mon bébé	3
ma famille (conjoint, autres enfants...) avait besoin de moi	1
je n'ai pas compris les conseils	0
je ne voyais pas l'importance	0
<i>Autres réponses données librement par les mamans</i>	
douleur du mamelon	1
manque de téterelle	1
manque d'information adaptée	1
organisation de ses soins (examens, soins gynéco et traitements)	1
handicap lié à la perfusion d'antibiotique à la main	1

Tableau 3: les obstacles rencontrés par les mères pour tirer leur lait.

Toutes les mères voyaient l'importance de tirer leur lait.

Les principaux obstacles auxquels elles se étaient confrontées quand elles tiraient leur lait restait la fatigue, suivie du souhait de passer le plus de temps auprès de leur enfant, d'autant plus si l'état de l'enfant était préoccupant.

➤ Le geste de l'expression du lait au tire-lait

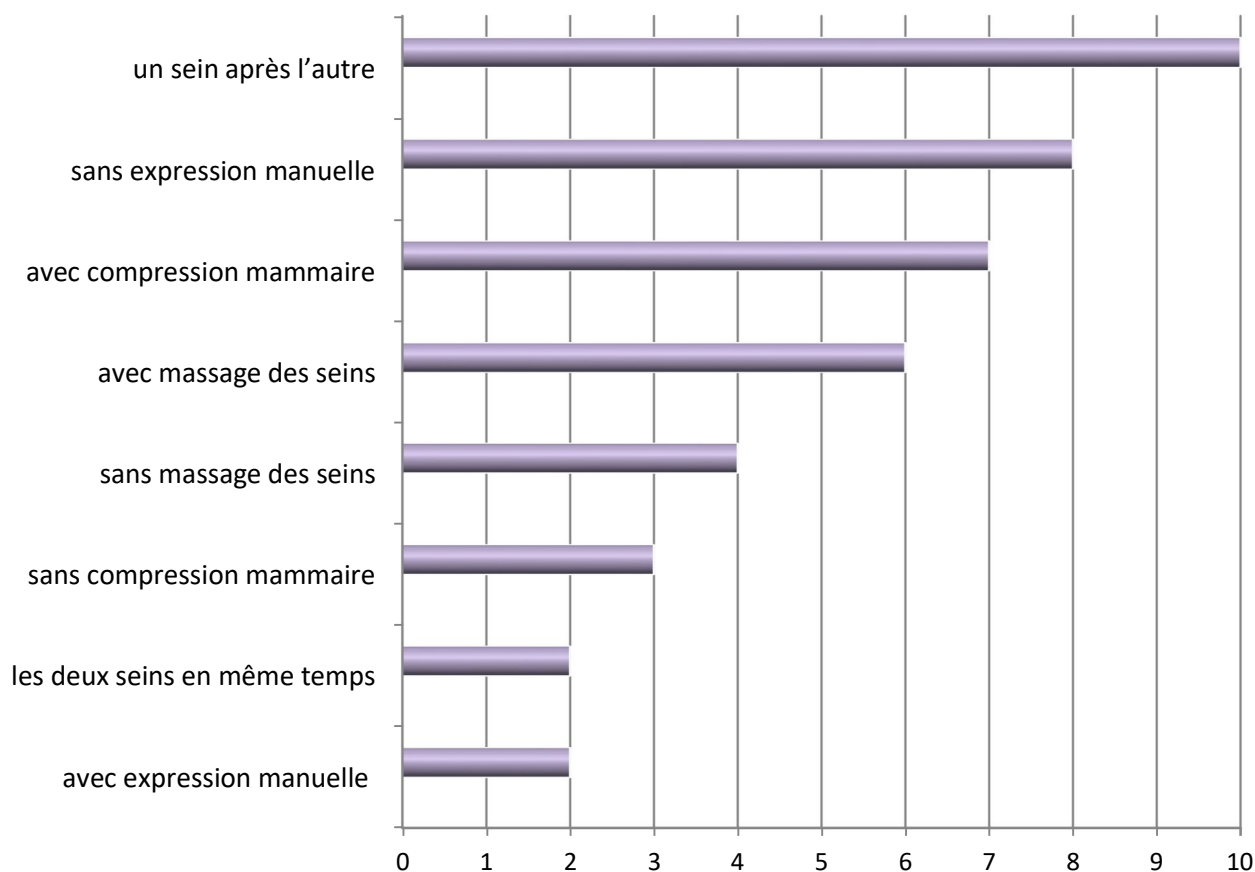


Figure 7 : réponses des 10 mères interrogées sur les techniques qu'elles ont utilisées pour exprimer leur lait (plusieurs réponses étaient possibles).

Toutes les mères ont tiré leur lait un sein après l'autre. Certaines ont combiné son utilisation avec différentes techniques :

- la compression mammaire pour 7 mères
- le massage pour 6 mères,
- l'expression manuelle pour 2 mères.

Une mère a exprimé un sein après l'autre les premiers jours puis les deux en même temps.

Une autre n'a drainé les deux seins en même temps qu'une seule fois.

Les premiers jours, une mère exprimait son lait à la main pour un sein, et en même temps utilisait un tire-lait pour l'autre, afin d'optimiser sa lactation. Elle avait trouvé cette solution car il n'y avait pas assez de tétérrelles de disponible pour réaliser du double recueil.

➤ L'expression manuelle

La majorité des mères (8 sur 10) ont eu connaissance de l'expression manuelle :

- Une mère en avait entendu parler en anténatal par sa sage-femme et en maternité.
- Deux mères, au cours de la première expression au tire-lait.
- Deux autres, lors de la première visite au bébé dans le service.
- Pour une mère, l'information a été donnée trois jours après l'accouchement au moment de l'engorgement et de la « montée de lait ».
- Deux mères n'ont pas précisé quand l'information leur avait été donnée.

La première fois où elles ont exprimé manuellement leur lait, huit mères l'ont fait accompagnées par un soignant.

Ce geste a été fait pour la première fois aux moments suivants :

Moment de la démonstration de l'expression manuelle	Nombre de mères
À la première expression	1
A la première visite de bébé	1
En début d'hospitalisation	1
Avant l'accouchement par la sage-femme libérale et en maternité le premier jour	1
3 jours après l'accouchement lors de la montée de lait, pour soulager	1
au 5 ^e jour après l'accouchement	1
Non précisé et la méthode ne convient pas à la mère	2

Tableau 4 : situations dans lesquelles l'expression manuelle a été montrée aux 8 mères qui ont bénéficié de cette information.

La technique n'a pas convenu à 2 mères, L'une a déclaré ne pas aimer se toucher les seins et l'autre mère a trouvé que l'expression manuelle n'était pas pratique à réaliser.

Six mères ont eu des explications quant aux bienfaits de l'expression manuelle et son intérêt dans la stimulation de la lactation en cas de naissance prématurée.

➤ La présence du soignant lors de l'expression du lait

Six mères sur dix ont eu l'occasion d'exprimer leur lait en présence d'un soignant.

➤ Discussion des quantités de lait obtenues avec un soignant

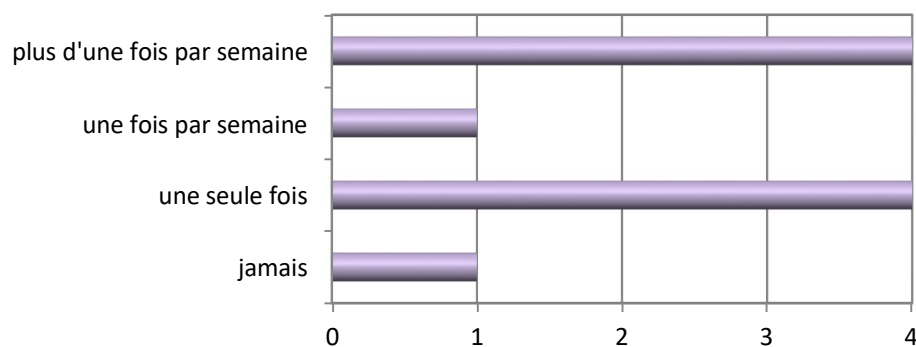


Figure 8 : fréquence avec laquelle les 10 mères ont eu une discussion avec un soignant sur l'expresion du lait pendant les 10 jours de l'étude.

Quatre mères ont eu la possibilité de discuter plusieurs fois avec un soignant des quantités de lait qu'elles exprimaient.

Pour quatre autres, cela ne s'est produit qu'une fois et une mère n'a eu aucune discussion avec un personnel soignant à ce sujet au cours des 10 jours de l'étude.

➤ Satisfaction des mères du soutien apporté

Toutes les mères étaient satisfaites, 7 étaient très satisfaites et les 3 autres se sont déclarées assez satisfaites. Une mère a proposé de modifier la configuration de la salle d'allaitement pour permettre aux mères d'exprimer leur lait avec plus d'intimité.

Une mère qui avait pu tirer son lait dans la chambre du bébé était satisfaite de cette solution.

Une mère a précisé qu'un soignant était disponible à tout moment.

➤ Sentiment de la mère par rapport à son projet initial

Sept mères étaient confiantes quant à leur projet d'allaiter.

Une mère très confiante dans son projet, et exprimant 540 ml de lait au 10^e jour, a émis un doute par rapport à la quantité tirée et celle prise directement par l'enfant au sein, cette quantité ne pouvant pas être chiffrée.

Une mère qui devait reprendre ses études n'était pas confiante du fait des difficultés à poursuivre l'allaitement lors de la séparation prévue.

2) La pratique du peau à peau

➤ Réalisation du peau à peau

Aucun bébé n'a été en peau à peau le jour de sa naissance. Le premier peau à peau a eu lieu le deuxième jour pour 2 enfants et le troisième jour pour 3.

Parmi les dix mères participantes, deux dyades n'ont pu profiter d'une première séance de peau à peau qu'au huitième jour de vie du bébé. Pour une c'était le lendemain de l'extubation de son enfant. L'autre mère n'a pu prendre son bébé en peau à peau qu'à son 8^e jour de vie, car elle avait de la fièvre et devait respecter des mesures « d'isolement ».

Neuf bébés ont profité de leur premier peau à peau avec leur mère, un a pu le réaliser avec son père.

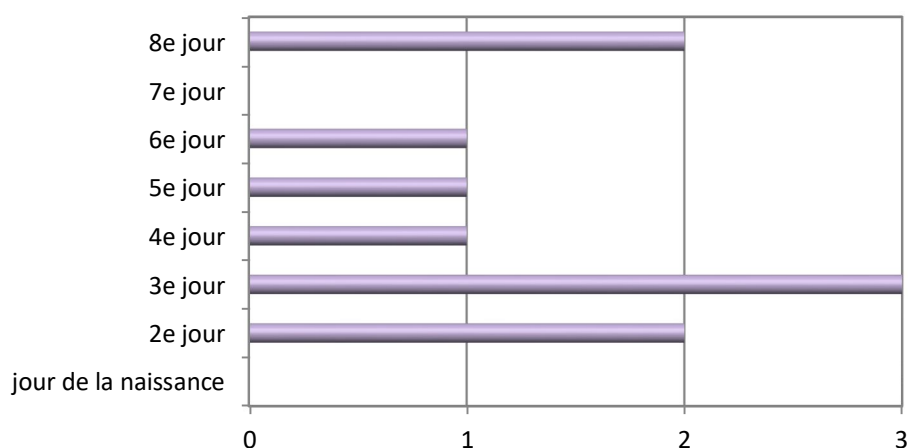


Figure 9 : répartition des 10 enfants de l'étude selon l'âge (en jour de vie) où ils ont eu leur première séance de peau à peau.

La durée moyenne des séances de peau à peau a été de 2 heures. En sachant qu'une séance a duré 5 heures et une autre 4 heures.

Trois bébés ont pu faire au moins deux séances de 1 à 2 heures dans la même journée.

Quatre bébés ont bénéficié d'un peau à peau quotidien sur une période variant de 3 à 7 jours à partir de leur première séance.

Pour les autres, les séances ont été reprises 2 à 4 jours après le 1^{er} contact en peau à peau.

La nuit (entre 20 h et 6 h), trois dyades parent-bébé ont profité du peau à peau pour une durée de 1 à 2 heures, et cela pendant plusieurs nuits.

➤ L'intérêt du peau à peau, les informations reçues

Lors des entretiens, nous avons demandé aux mères si avant la naissance de leur bébé, elles avaient reçu des informations sur l'intérêt du peau à peau.

Seules deux mères sur dix ont répondu positivement

Une mère avait été informée par la sage-femme qui suivait sa grossesse, l'autre avait eu quelques informations par une amie qui avait eu un bébé né prématurément.

Huit mères ont dit n'avoir jamais entendu parler de l'intérêt du peau à peau avant la naissance de leur bébé.

Toutefois après l'accouchement, huit mères ont dit avoir été informées de l'intérêt des séances de peau à peau.

Selon les réponses obtenues de l'entretien, au dixième jour de vie de leur bébé, deux mères n'avaient pas encore entendu parler d'un bénéfice du peau à peau. Cependant, au cours de la discussion, ces deux mères ont été en mesure de citer plusieurs avantages et bénéfices du peau à peau pour le bébé, la mère et par rapport à l'allaitement.

Pour approfondir l'enquête, les mères ont été interrogées sur leurs connaissances et représentations par rapport au peau à peau.

Pour le bébé, parmi les dix mères interrogées, cinq pensaient que ce soin rassure leur enfant. Quatre mères savaient que cette méthode le réchauffe.

L'avantage du contact et de la proximité entre la mère et l'enfant a été évoqué par trois mères.
Une pensait que « *c'est bon pour la santé* » de son enfant.
Une autre trouvait que c'est important pour la création du lien mère /enfant.
Deux mères ne savaient pas en quoi le peau à peau pouvait être bénéfique à leur bébé.

Concernant l'aide que peut leur apporter le peau à peau, quatre mères sur dix exprimaient un sentiment de bien-être et du plaisir pendant la séance de peau à peau.

Trois mères appréciaient le contact avec leur bébé et parlent d'une « *fusion* ».

Deux autres remarquaient que le peau à peau augmente la confiance en soi.

Une maman disait que ce soin lui donnait le « *sentiment d'être mère* ».

Une maman s'exprimait: « *le meilleur moment de ma vie, c'est quand je l'ai pris en peau à peau* »

Une autre confirmait l'effet positif de ce soin après chaque séance de peau à peau : « *pouvoir l'avoir dans mes bras est si magique* ».

Trois mères étaient incapables de formuler des avantages ou bénéfices que le peau à peau pourrait leur apporter.

Par rapport aux bénéfices du peau à peau pour l'allaitement, sept mamans savaient que le peau à peau favorise la lactation.

Trois mères disaient ne pas connaître de bénéfices du peau à peau par rapport à l'allaitement.

➤ La réalisation du peau à peau

Afin de faire un état des lieux de l'organisation et de la réalisation des séances de peau à peau dans nos services, il a été demandé aux mères comment ces séances étaient proposées le plus souvent.

Seules trois mères ont pu bénéficier des séances de peau à peau sur proposition du soignant.

Cinq autres ont pu prendre leur bébé en peau à peau après l'avoir elles-mêmes demandé

Deux mamans ont bénéficié de séances de peau à peau autant sur proposition du soignant qu'après avoir demandé elles-mêmes l'installation de leur enfant.

Afin de pointer les obstacles à la réalisation du peau à peau, il a été demandé aux mères les situations qui ont parfois empêché cette installation.

Le tableau ci-dessous illustre les raisons pour lesquelles le peau à peau n'a pu être réalisé.

Raisons évoquées :	Nombre de mères
Le bébé était intubé	4
Le bébé avait un cathéter ombilical	4
Le soignant n'était pas disponible (trop d'activité, urgence...)	3
L'organisation des soins auprès de la mère (soins gynécologiques, traitement, injections, repas...)	3
La mère n'était pas encore autonome pour se déplacer seule dans le service du bébé (césarienne, hémorragie, personne pour l'emmener...)	3
Le bébé n'était pas assez stable (bradycardie, désaturation...)	1
La mère n'était pas disponible pour des raisons personnelles ou familiales	1
Le bébé était fatigué et sa maman avait préféré le laisser se reposer	1

Tableau 5 : raisons de la non réalisation du peau à peau (plusieurs réponses étaient possibles)

TROISIÈME PARTIE :
ANALYSE, DISCUSSION, AXES D'AMÉLIORATION

I. Analyse et discussion

Cette étude a concerné l'expression du lait et la pratique du peau à peau chez 10 mères ayant accouché à moins de 34 semaines d'aménorrhée, pendant les 10 jours qui ont suivi la naissance de leur enfant, hospitalisé dans notre service. Toutes les mères répondant aux critères requis ont accepté de participer à l'étude. Elles ont rempli très consciencieusement les documents que nous leur avons demandé de compléter, montrant ainsi un fort désir de nous aider à faire évoluer nos pratiques, pour un accompagnement optimal dans le sens de leur projet.

1) Initiation de l'expression du lait

La moitié des mères ont commencé à exprimer leur lait dans les 24 h suivant l'accouchement et sur ces 5 mères, une seule a pu commencer entre 6 et 12 h après la naissance. Pour l'autre moitié des mères, la première expression de lait s'est faite après 12 h.

On constate donc qu'aucune mère de notre étude n'a été dans les conditions les plus favorables pour le démarrage de l'expression du lait, c'est-à-dire initiation de l'expression dans l'heure suivant la naissance, comme l'a montré l'étude Parker et al.³

Habituellement, lors de sa première visite à son enfant dans nos unités de soins, la mère est interrogée par le personnel soignant sur son désir d'allaitement. Si elle souhaite donner son lait, elle reçoit des informations sur le tire-lait et commence à exprimer son lait par la même occasion.

Parfois, selon le contexte de l'accouchement, ce n'est qu'au 2^e jour que la mère a la possibilité de voir son enfant et donc de tirer son lait pour la première fois, si cela n'a pas été fait en maternité. Cette situation constitue un facteur de risque pour le démarrage de sa lactation.

D'après notre enquête, 9 des 10 mères participantes ont tiré leur lait pour la première fois dans le service d'hospitalisation de bébé.

L'ensemble de ces résultats amène à poser la question suivante :

Pourquoi les premières expressions n'ont-elles pas eu lieu dans la ou les premières heures post-partum ?

Pour la suite, il serait important de réfléchir avec les soignants du service de maternité comment se coordonner pour permettre à toutes les mères qui le peuvent de commencer à exprimer leur lait le plus tôt possible après la naissance de leur enfant prématuré. Par exemple, l'ensemble des soignants pourrait choisir de concevoir un support d'informations unique qui puisse servir de trame au premier entretien avec la mère, que celui-ci ait lieu en maternité ou dans nos services, si la mère vient voir son bébé très rapidement après la naissance.

Le rôle des professionnels accompagnant la mère lors de l'accouchement est essentiel car, idéalement, c'est en salle de naissance que l'expression manuelle du lait pourrait être proposée à la maman, quand son état de santé le permet et si cela lui convient.

2) Informations et accompagnement des mères pour l'expression du lait

Toutes les mères ont reçu des informations sur l'utilisation du tire-lait, et neuf d'entre elles ont été accompagnées par un soignant pour la première expression. Cela montre l'intérêt des soignants pour soutenir les mères au démarrage de leur lactation. Le respect des règles d'hygiène et la fréquence des tirages sont les deux autres principales informations transmises aux mères.

L'expression manuelle, la compression mammaire et le massage auxquels fait référence Jane Morton dans son étude ne sont évoquées que par une ou deux mères sur 10 parmi les informations données sur l'expression du lait avec le tire-lait.

La combinaison de ces gestes avec le tire-lait a montré clairement son efficacité pour optimiser la lactation et la mise en œuvre des techniques de Jane Morton dans d'autres services français, comme le centre hospitalier de Valenciennes, a permis d'augmenter le nombre de mères pouvant fournir suffisamment de lait pour nourrir complètement leur enfant pendant l'hospitalisation et ainsi que le pourcentage d'enfants exclusivement allaités au sein au retour à domicile^(A).

^(A) Communication faite par Isabelle Petit, puéricultrice et consultante en lactation au centre hospitalier de Valenciennes pendant notre formation au CREFAM.

La technique de Jane Morton a été présentée à la majorité des soignants des unités de néonatalogie lors d'une formation interne. Néanmoins, ce type d'action n'est pas toujours suffisant pour que les professionnels soient complètement à l'aise pour transmettre les pratiques vues en formation et en expliquer l'intérêt aux mères.

De la même manière, seulement la moitié des mères ont dit avoir eu des explications sur l'intérêt d'exprimer leur lait la nuit. A travers leur réponse, trois d'entre elles ont fait référence à la physiologie de la lactation avec le pic de prolactine la nuit et deux ont évoqué la prévention de l'engorgement en exprimant le lait la nuit. Pourtant, l'expression du lait la nuit permet d'éviter des espacements trop importants entre deux stimulations et facilite l'établissement optimal de la lactation.

Sur tous ces points, il est possible que l'information ait été donnée et que les mères ne s'en souviennent pas. Un soignant présent brièvement au cours d'un entretien, qui se déroulait dans la chambre de l'enfant, a signalé qu'il avait parlé de l'expression manuelle à la mère, alors que celle-ci disait ne pas connaître.

L'expérience montre que souvent les mères ont besoin de temps pour tenir compte des informations que le personnel fournit durant l'hospitalisation de leur enfant et qu'il est nécessaire de les répéter régulièrement. Il serait intéressant de discuter avec les collègues pour savoir s'ils sont conscients du besoin de répéter aux mères les informations essentielles sur l'expression du lait.

3) Les pratiques des mères autour de l'expression du lait

Toutes les mères avaient eu des informations sur la fréquence des tirages pour lancer et obtenir une lactation optimale. La majorité des mères se souvenaient qu'il est favorable d'exprimer au moins 8 fois par jour et 3 d'entre elles ont évoqué de le faire également la nuit, en faisant référence à la physiologie de la lactation avec le pic de prolactine la nuit.

Néanmoins, l'analyse des livrets remplis par les 10 mères montre qu'une seule mère tirait son lait au moins 7 fois par 24 h, et ce seulement après le 3^e jour de vie de son enfant.

La fréquence d'expression est particulièrement basse les 3 premiers jours : elle est de 1 à 3 fois par jour pour 8 mères et de 4 à 6 fois pour une mère. La 10^e mère a commencé à tirer son lait après le 3^e jour.

Après 3 jours, 6 l'ont fait entre 4 et 6 fois par jour, contre 3 entre une et trois fois par jour. Seule une d'entre elles l'a fait plus de 7 fois.

Cette différence entre les 3 premiers jours de vie du bébé et les jours suivants n'est pas favorable à la lactation des mères et pour les 10 jours de l'étude qui correspondent à la période d'initiation de la lactation, les fréquences d'expression sont globalement trop basses pour permettre à la plupart des mères d'obtenir une lactation suffisante à moyen terme.

De même, les mères ont peu pratiqué l'expression manuelle, 2 seulement sur 10 ont déclaré l'utiliser alors qu'elles étaient 8 à avoir pu le faire en présence d'un soignant et 6 ont eu des informations sur l'intérêt de cette pratique pour la stimulation de la lactation.

La majorité des mamans ont donc eu des informations sur l'expression du lait et pourtant au 10^e jour, une seule mère a atteint le volume de 500 ml, volume au-delà duquel les études montrent que la mère a plus de chances de maintenir sa lactation¹⁷.

D'après des études plus récentes, on estime même que la situation est plus favorable pour permettre l'allaitement exclusif à la sortie du service, quand la mère exprime 750 ml par 24 h à 14 jours de vie de leur enfant². Aucune mère de l'étude ne respectait ce critère à 10 jours.

4) Les obstacles rencontrés par les mères pour exprimer leur lait

Les mères ont identifié plusieurs raisons qui, au cours de leur séjour, ne leur ont pas permis d'exprimer leur lait dans les meilleures conditions.

Un premier obstacle concerne le matériel. S'il n'est pas accessible ou pas assez adapté, cela augmente le risque de stimuler insuffisamment la lactation. De plus, les mères qui tirent leur lait de façon irrégulière sont plus sujettes aux engorgements et aux mastites.

Une mère a mentionné qu'elle avait des douleurs aux mamelons liées à l'expression au tire-lait. On peut se demander si la taille des téterelles était appropriée ou si la mère avait bien compris comment utiliser le tire-lait, en particulier en ajustant la fréquence d'expression et le niveau de dépression du tire-lait.

Des mères de l'étude ont indiqué qu'il y avait un manque de téterelles. En effet, le week-end, le fonctionnement du service de stérilisation est restreint, et il peut y avoir pénurie de téterelles le lundi matin. Ce problème est récurrent également les jours fériés.

La fatigue des mères, leur inquiétude par rapport à l'état de santé de leur enfant étaient aussi cités comme des obstacles pour exprimer le lait.

En cas d'inquiétude pour l'enfant, elles préfèrent en effet rester auprès de lui dans le service.

Cette donnée peut amener à réfléchir à la possibilité de mettre à disposition des tire-lait mobiles. Surtout que l'expression du lait auprès du bébé est très efficace pour stimuler le réflexe d'éjection et les volumes de lait exprimé sont souvent plus élevés.

Lors du retour à domicile des mères, plusieurs ont noté une réelle difficulté pour se procurer le jour même de la sortie le matériel nécessaire, d'autant plus si elles sortaient un jour non ouvrable. Il serait souhaitable de mener une réflexion afin d'anticiper les éventuels problèmes de matériel à la sortie et d'accompagner au mieux ces mères pour qu'elles poursuivent l'expression de leur lait dans les meilleures conditions possibles.

Nous savons qu'il existe de temps à autre des problèmes dans l'acheminement du lait maternel entre les différents secteurs d'hospitalisation de la mère et de l'enfant, ce qui entraîne que le bébé parfois ne reçoit pas le lait exprimé par sa mère. Cette situation est dommageable et constitue un frein à la motivation de la mère qui fait des efforts importants pour exprimer son lait dans l'objectif qu'il soit donné à son bébé.

Le témoignage d'une mère de l'étude confirme ce défaut : *« Je me demande s'il est vraiment indispensable que je tire mon lait la nuit. Car à cause d'une organisation délaissée, on m'a fait perdre trois biberons de 100 à 130 ml. Et pourtant, ils ont été prévenus par moi, en personne, car il y a un manque d'organisation entre les services de l'hôpital. Pour moi, laisser mes biberons gâter (s'abimer) est grave, car mes enfants restent sans lait maternel, qui est un élément important pour leur développement et leur bien-être à mes yeux. »*

La pudeur peut empêcher certaines mamans de tirer leur lait suffisamment souvent pour initier leur lactation de façon optimale. Une mère a pu améliorer sa lactation en ayant eu la possibilité de tirer son lait dans la chambre de son bébé.

Une autre mère pudique également a suggéré d'installer des paravents dans la salle d'allaitement pour plus d'intimité.

Malgré les difficultés rencontrées par les mères au cours de leur allaitement, toutes les mères étaient satisfaites de l'aide qui leur a été apportée.

Toutefois, dans le suivi des quantités exprimées, l'accompagnement fut variable en fonction de la charge de travail et la disponibilité des soignants.

Nous avons constaté que peu de soignants, autres que ceux s'occupant de l'acheminement du lait, viennent régulièrement dans la salle d'allaitement.

Certaines mères ont soulevé le fait qu'elles auraient aimé pouvoir discuter avec un soignant sur les quantités tirées au quotidien. Malgré tous les efforts que font les soignants pour accompagner les mères, elles expriment le besoin d'un soutien plus important au quotidien dans leur projet d'allaitement.

On voit que même si les informations à jour des connaissances sont données, il serait judicieux d'avoir un suivi, par exemple à l'aide d'un carnet journalier pour aider les mères à établir une lactation optimale. En effet, la situation de chaque mère est particulière, les gestes et les méthodes utilisées varient d'une mère à l'autre et il est essentiel de proposer un accompagnement aussi individualisé que possible. Il serait important de prévoir cet accompagnement avec les soignants du service de maternité pour une plus grande cohérence.

5) Le peau à peau

Le peau à peau est un moyen d'optimiser la lactation des mères et le bien-être des bébés et de leurs parents.

Huit mères de l'étude avaient entendu parler du peau à peau en post natal et 7 ont pu citer plusieurs bénéfices de cette pratique, aussi bien pour leur bébé, leur allaitement que pour elles-mêmes ; c'est une proportion importante qui montre combien les soignants sont conscients de l'intérêt d'informer les mères sur ce sujet.

Toutefois, la réponse négative de deux mères concernant cette information amène à poser la question suivante : les mères sont-elles réceptives aux informations données dans les premiers jours après l'accouchement ?

Au vu de leurs émotions, l'impact psychologique de la séparation, l'inquiétude autour de la santé de leur bébé, la fatigue et mainte autres raisons, il est fort possible que les informations transmises sont trop nombreuses et certaines passent inaperçues.

Une préparation informative avant la naissance aurait certainement un impact important, en particulier pour les mères hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré.

Trois mères n'étaient pas en mesure de citer un bénéfice du peau à peau pour le bébé ou pour elles-mêmes, ni un avantage par rapport à l'allaitement. Les trois ont confirmé avoir eu des discussions sur le peau à peau avec un ou plusieurs soignants après la naissance de leur bébé.

L'une d'elles était de culture mahoraise et parlait bien le français. On peut s'interroger, si certaines représentations culturelles ou religieuses peuvent influencer la mémorisation des connaissances et l'adhésion au soin kangourou.

Une jeune maman qui évoquait comme seul avantage la santé du bébé, a bénéficié de séances de peau à peau dès le deuxième jour de vie et cela tous les jours entre une à trois fois. Elle a précisé que la réalisation du soin se faisait le plus souvent à sa demande. Sans avoir reçu ou mémorisé beaucoup d'informations, elle était donc très réceptive aux besoins et bien-être du bébé et d'elle-même.

On peut se demander si les explications sur les bénéfices étaient assez compréhensibles pour les mamans ? Ou si les mères sont en état d'entendre et de comprendre toutes les informations données lors de leurs premières visites dans le service ?

L'information transmise en post-natal aux mères sur l'intérêt du peau à peau montre l'intérêt des soignants pour ce soin. Pourtant, d'après notre enquête, le peau à peau n'était pas proposé par le personnel soignant de façon systématique, dès que possible, c'est-à-dire au quotidien et plusieurs fois par jour.

Si la mère exprimait sa demande de ce soin, la fréquence était plus rapprochée.

Grâce à cette étude, nous avons constaté un progrès dans la pratique du peau à peau, dans nos unités de soins depuis la mise en place du protocole « peau à peau » par le comité de pilotage en soins de développement. Il est réalisé sur plusieurs jours consécutifs, pendant plus d'une heure, alors qu'auparavant, il était fait plutôt un jour sur deux et rarement deux fois dans la même journée.

Les mères interrogées dans notre étude ont cité plusieurs motifs ayant empêché le peau à peau avec leur enfant. Certaines situations sont liées à la prise en charge médicale de l'enfant, à l'état de santé de la mère ou à sa disponibilité, ou encore à la charge du travail dans le service. Il nous semble qu'en effet une grande majorité de soignants n'est pas rassurée lors de l'installation en peau à peau pour les bébés intubés. Certains sont également réfractaires, si le

bébé est appareillé d'un cathéter veineux ombilical. Pourtant, le protocole du service autorise le peau à peau après avis médical et sous condition de bien sécuriser les tubes et cathéters.

D'autre part, l'activité importante dans les unités de soins et l'organisation entre les services de néonatalogie et de maternité, représentent des obstacles réels pour la réalisation quotidienne et répétée du soin mère-kangourou.

L'installation en peau à peau d'un bébé sous ventilation non invasive demande également au soignant d'y consacrer un certain temps qui peut empiéter sur le temps nécessaire pour les autres soins du service.

Une mère de l'étude a témoigné combien cela avait été difficile de ne pas avoir son bébé en peau à peau pendant trois jours successifs ; l'activité intense dans le service n'a pas permis aux soignants d'installer le bébé qui était encore sous ventilation non invasive. « *C'était trop dur* » a exprimé la maman.

Parfois les mères ne peuvent pas encore se déplacer seules et sans fauteuil. Sans la présence d'un membre de la famille, elles dépendent de la disponibilité du personnel soignant pour pouvoir venir auprès de leur bébé.

Il serait nécessaire de réfléchir à une organisation qui faciliterait l'installation en peau à peau des bébés qui sont encore lourdement appareillés. Il y a des services où les parents apprennent à sortir leur bébé de l'incubateur dès que possible, ce qui laisse aux soignants plus de temps pour s'occuper du peau à peau dans les situations plus compliquées.

II. Perspectives d'amélioration

Cette enquête nous a amenées à réfléchir à des perspectives d'amélioration pour continuer à accompagner et soutenir les mères dans leur projet d'allaitement.

Nous avons listé les actions à mener en suivant cinq axes que sont : la mise en route de la lactation et l'expression du lait, l'accessibilité du matériel, les obstacles à l'expression du lait, l'accompagnement des mères, le peau à peau.

1) La mise en route de la lactation et l'expression du lait

- Présenter les résultats de notre étude à la maternité et services de néonatalogie : recueillir les commentaires des soignants, les éléments facilitants et les difficultés rencontrées.
- Organiser des réunions entre les services de maternité et de néonatalogie pour partager nos avis et suggestions respectives, pour que la mère puisse exprimer plus tôt son lait et plus souvent (tire-lait, accompagnement maternel).
- Travailler sur l'information de la mère hospitalisée en anténatal, par le personnel avec un feuillet d'information sur l'expression du lait (à partir de quand, fréquence, expression manuelle...) et sur l'accompagnement en post-natal immédiat et les jours suivants.
- Élaborer :
 - ✓ une fiche d'information pour les mères sur l'expression du lait en cas de séparation mère-enfant ;
 - ✓ un Journal de bord pour les mères (+suivi) (*en cours de réalisation*).
- Faciliter la collaboration interservices concernant l'acheminement et le don du colostrum, pour valoriser les mères, en fonction des conditions de l'accouchement.
- Élaborer un protocole « optimiser le démarrage et soutien d'allaitement dans le service » (collaboration maternité / services de néonatalogie).

- Pour le personnel soignant : élaborer une fiche technique sur la méthode Morton (maternité, réanimation néonatalogie, soins intensifs, néonatalogie), ateliers pratiques et accompagnement de cette technique.
- Pour les mères :
 - Remettre un feuillet d'informations sur la technique Morton (dans le journal de bord) et accompagnement lors de l'utilisation du tire-lait (*à poursuivre*) + combinaisons (expression manuelle, compression mammaire, double recueil) pour optimiser leur lactation.
 - Mettre à disposition des récipients adaptés (petits) pour le recueil du colostrum.

2) L'accessibilité du matériel

- Collaborer avec la maternité afin d'évaluer les obstacles rencontrés (tire-lait en chambre...) et trouver des solutions.
- Augmenter la dotation en matériel : tire-lait, téterelles et de tailles différentes des services de néonatalogie.
- Former en continu le personnel par rapport au matériel d'expression du lait et à son utilisation (existences de différentes tailles de téterelles, les conséquences possible d'une utilisation inadaptée du matériel).
- Aménager la salle de tire-lait pour plus d'intimité, de confort.
- Anticiper la sortie de la mère :
 - Remettre une ordonnance de tire-lait en avance de façon à pallier aux sorties un jour non ouvrable ou alors au manque de disponibilité du matériel dans les pharmacies.
 - Informer la mère sur l'expression du lait à domicile.

3) Les obstacles à l'expression du lait

- Discuter avec les cadres de service de la possibilité d'un tire-lait dans la chambre de l'enfant (tire-lait personnel ? du service ? sur roulette ?) pour permettre l'expression du lait auprès de bébé et par conséquent favoriser une lactation de qualité. D'autant plus que la pudeur de certaines mères peut freiner leur lactation.

4) L'accompagnement des mères

- Mettre en place un projet de suivi des mères par un personnel soignant formé en allaitement maternel.

5) Le peau à peau

- Pour les mères : élaborer et remettre un feuillet d'information sur le peau à peau et ses bienfaits (à inclure au journal de bord).
- Accompagner les mères dans leur autonomisation pour la réalisation du peau à peau, lorsque que l'enfant peut être déplacé facilement.
- Exprimer le lait pendant la séance de peau à peau.
- Accompagner le personnel soignant dans la réalisation du peau à peau dans les situations complexes (enfant intubé, porteur d'un cathéter...).

CONCLUSION

Lorsqu'un désir d'enfant est évoqué, l'image du bébé futur et idéal commence à prendre forme dans l'esprit de ses parents et les neuf mois de gestation sont là pour les amener à se préparer à cet événement et à l'arrivée de bébé.

Quand ce dernier vient à naître en avance, beaucoup de questionnements apparaissent. Bien souvent les parents se sentent démunis face à cette situation et à la naissance prématurée de leur enfant. Généralement, ils sont amenés à repenser leurs projets, notamment celui d'allaiter pour la mère, et ils doivent s'adapter à la nouvelle situation.

En effet, si la future mère avait pour projet l'allaitement maternel d'un bébé sain et né à terme, ce projet devra être réajusté. C'est là qu'interviennent les équipes soignantes qui œuvrent auprès du bébé et de ses parents.

Au cours de notre pratique professionnelle et de notre étude, nous avons pu constater combien le parcours de ces mères pouvait être difficiles et combien, avec leur force et leur courage de maman, elles se donnaient au quotidien pour la bonne santé de leur bébé.

En menant une enquête auprès d'un groupe de mères de bébés nés avant 34 semaines d'aménorrhée et hospitalisés dans les services de néonatalogie du CHU Sud Réunion, nous avons voulu mettre en évidence les freins et les difficultés rencontrés par ces mères pour la réussite de leur projet d'allaitement exclusif.

Nous en avons retiré plusieurs axes d'actions :

- Un premier dans lequel interviennent les différentes équipes soignantes de la maternité et des services de néonatalogie : travailler en collaboration pour avoir le même discours, un accompagnement unique et optimal des dyades mère-enfant. Par exemple, pour favoriser la première expression de lait qui prend tout son sens, d'autant plus si elle est pratiquée dans l'heure qui suit l'accouchement.
- Un deuxième axe s'adresse aux soignants des services où sont accueillis ces bébés par la formation continue sur l'allaitement maternel du prématuré. Leur investissement n'est plus à démontrer, leur désir de bienfaisance et de bienveillance est toujours présent.

- Un troisième axe concerne le côté technique et pratique pour les mamans : la mise à disposition de fiches techniques, l'accessibilité et la suffisance de matériels nécessaires pour tirer leur lait, que ce soit à la maison ou dans le service du bébé, la réalisation du peau à peau en termes d'organisation dans les services.

Depuis la réalisation de notre étude lors de notre formation de consultantes en lactation, nous avons pu observer quelques changements et évolutions dans les unités de soins de néonatalogie du CHU Sud Réunion :

- ✓ Une sensibilisation et une mobilisation des soignants encore plus grande auprès des mères et de leurs bébés. Par exemple les peau à peau sont réalisés plus précocement et plus fréquemment, les explications par rapport aux bénéfices du nombre et de la fréquence des expressions sont données aux mères.
- ✓ Une meilleure cohésion et une collaboration inter service plus active,
- ✓ Une meilleure connaissance des soignants du matériel utilisé : notamment l'existence de différentes tailles de téterelles,
- ✓ Le renouvellement et l'augmentation de la dotation de téterelles de différentes tailles,
- ✓ La mise à disposition des mères du carnet d'allaitement, élaboré par le groupe d'allaitement, permettant ainsi aux mères et aux soignants d'avoir une photographie régulière de la lactation des mères et du nombre de tirage,
- ✓ La possibilité pour les mères de prématurés de plus de 33 SA, hospitalisés en néonatalogie et en soins intensifs de néonatalogie de ramener leur lait tiré à domicile en respectant certaines conditions,
- ✓ La possibilité pour les mères de tirer leur lait auprès de leurs bébés dans certaines situations.

Pour que l'accompagnement des parents dans leurs projets, notamment celui d'allaitement soit optimal et se fasse dans les meilleures conditions, il est du rôle de chaque soignant de les soutenir et les respecter dans leurs choix.

**« Le lait maternel est important, ce liquide précieux nourrit, guérit, réchauffe le corps
et l'âme de ceux qui le côtoient »**

Magnifique parole d'une mère allaitante

ANNEXES

ANNEXE 1 : Bonne taille de tétérèlle ¹⁸

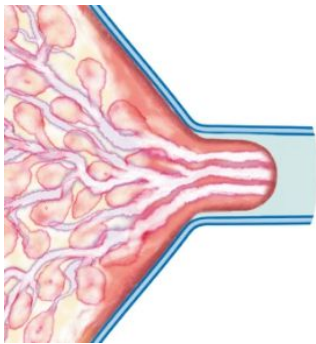
Avantages d'un placement correct

Une tétérèlle correctement placée évite la compression des canaux galactophores ; le sein est ainsi vidé de façon optimale, avec une efficacité maximale de production. La maman pourra ainsi maintenir sa production de lait et sa lactation.

Critères déterminant un placement correct

Grâce à la liste ci-dessous, une maman peut aisément déterminer si elle utilise la bonne taille de tétérèlle.

Centrez le mamelon dans l'embout de la tétérèlle. Démarrez le tire-lait et vérifiez les éléments suivants :



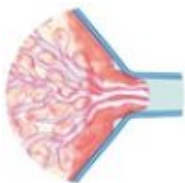
- Le mamelon bouge-t-il librement dans l'embout de la tétérèlle ?
- Est-ce qu'une petite partie de l'aréole, voire aucune, s'étire dans l'embout de la tétérèlle ?
- Observez-vous un mouvement doux et rythmé du sein à chaque cycle d'aspiration ?
- Sentez-vous votre sein se vider pendant toute l'expression ?
- Vos mamelons sont-ils indolores ?

Si la réponse est « Non » à l'une des questions ci-dessus, essayez une tétérèlle plus grande (ou plus petite).

Placement incorrect

Une tétérèlle de la mauvaise taille peut entraîner une baisse de l'écoulement de lait à cause du blocage des canaux galactophores ou une éjection du lait entravée peut entraîner une baisse de la production de lait. Un frottement autour du mamelon et/ou de l'aréole peut être inconfortable et traumatique, et peut finir par empêcher la mère d'exprimer son lait régulièrement. La production de lait est à nouveau compromise. Un traumatisme au mamelon peut entraîner une dégradation des tissus, augmentant le risque d'infection et de mastite.

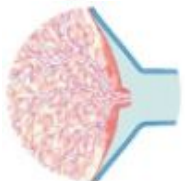
La mère a besoin d'une taille différente si la tétérèlle



...est trop petite, parce que le mamelon ne bouge pas librement dans l'embout de la tétérèlle.



...est trop grande, parce qu'une trop grande partie de l'aréole s'étire dans l'embout de la tétérèlle.



...est trop grande, parce que la tétérèlle n'est pas appliquée de manière hermétique.

ANNEXE 2 : Expression manuelle et tire-lait

Fiche 11 du référentiel Allaitement maternel du réseau Naître et Grandir en
Languedoc-Roussillon¹⁹

EXPRESSION MANUELLE ET TIRE-LAIT

Le démarrage de la lactation est optimal quand la stimulation des seins se rapproche de celle qu'exerce un nouveau-né à terme et en bonne santé qui reste proche de sa mère pendant les premiers jours : **tétées nombreuses et efficaces dès les premières heures de vie** (cf. Fiche 10 : Comportement du nouveau-né en maternité).

Pendant le séjour en maternité, quand il n'y a pas séparation mère-enfant, il est souhaitable que la proposition de tire-lait soit peu fréquente.

En effet, si le tire-lait est un accessoire banal pour les soignants de maternité, il n'en est pas de même pour les mères. Le tire-lait peut être vu comme une instrumentalisation des seins, faire référence à l'industrie laitière, etc. Il est, de toutes façons, très éloigné des attentes de la plupart des mères qui souhaitent allaiter.

Il est donc très important que les soignants proposent l'utilisation du tire-lait en deuxième intention après avoir proposé à la mère de :

- favoriser des tétées fréquentes et efficaces (cf. Fiche 15 : Aide à la prise du sein)
- exprimer manuellement le lait pour nourrir un bébé peu efficace ou qui est à risque d'une perte de poids importante (cf. Fiche 7 : le bébé qui ne tète pas, qui dort ou qui « refuse » le sein et Fiche 9 : Prévention de la perte de poids excessive).

L'EXPRESSION DU LAIT AU COURS DES 2 OU 3 PREMIERS JOURS

C'est l'expression manuelle qui est à privilégier :

Elle permet de recueillir les quantités physiologiquement faibles des premiers jours* :

Jour de vie de l'enfant	1 ^{er} jour	2 ^e jour	3 ^e jour
Volume de lait attendu à chaque expression (ml)	5 à 7	10 à 15	20 à 30

Elle nécessite peu de moyens : il suffit que la mère se lave soigneusement les mains avant chaque expression et utilise un récipient de recueil également soigneusement lavé (cuillère ou petit flacon)†.

Elle renforce le sentiment de compétence maternelle : après la phase d'apprentissage, la mère peut être rapidement autonome et se sentir soulagée de nourrir complètement son enfant, en attendant de pouvoir arriver à l'allaitement exclusif au sein.

En cas de difficulté durable ou de séparation mère-enfant, l'expression manuelle combinée au tire-lait est aujourd'hui présentée comme la stratégie la plus efficace d'après certaines études récentes (voir ci-dessous les stratégies développées par le Dr Jane Morton et la fiche 14 : Démarrage de la lactation en cas de séparation).

* L'utilisation du tire-lait entraîne souvent une perte très importante de ces quantités dans les tubulures, ce qui peut décourager la mère.

† Quelques études ont montré que la qualité bactériologique du lait exprimé manuellement était supérieure ou équivalente à celle du lait obtenu avec un tire-lait. (HMBANA, 2012 p. 10)

EXPLIQUER L'EXPRESSION MANUELLE DU LAIT À LA MÈRE

Le faire sur le sein de la mère ou le montrer ?

Il n'est habituellement pas nécessaire que le soignant pratique l'expression manuelle sur le sein de la mère : des explications sur un sein en tissu sont en général suffisantes pour que la mère apprenne la séquence des gestes. Cela évite également toute douleur car la mère adapte la pression de ses doigts en fonction de ses sensations.

Certaines mères apprécient au début que le soignant pose ses doigts sur les leurs pour les aider à sentir le mouvement vers la cage thoracique et le geste de compression qui suit.

Il est très important d'informer que les gestes allant vers l'avant, c'est-à-dire vers le mamelon, sont le plus souvent inefficaces, voire douloureux (par la friction qu'ils entraînent), car ils peuvent bloquer l'écoulement du lait dans les canaux lactifères.

Avant l'expression

Un massage doux des seins, aréoles et mamelons ainsi que l'application de chaleur peuvent aider à stimuler l'éjection du lait (ou du colostrum).

Comment faire ?

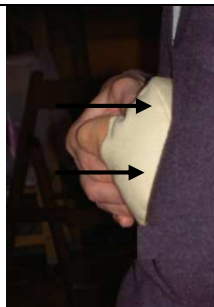


Position des doigts
en forme de « C »

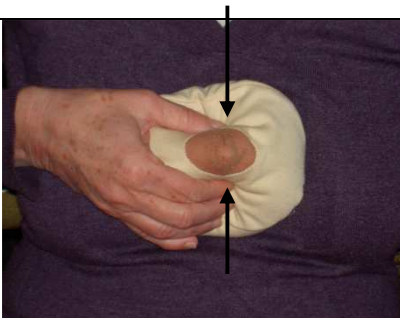
La mère place ses doigts à environ 3 cm en arrière de la base du mamelon pour former un « C » ou un « U ». Les pulpes du pouce et de l'index sont sur une ligne qui passe par le mamelon. La position des pulpes par rapport à la base du mamelon est variable d'une femme à l'autre : chaque mère trouvera l'ajustement qui lui convient



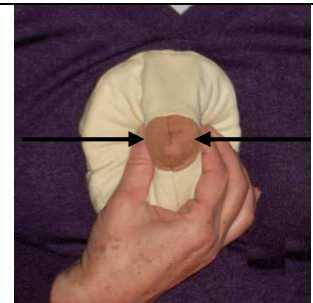
Position des doigts
en forme de « U »



La mère comprime son sein vers son corps, en direction de la cage thoracique,



puis presse son sein entre le pouce et les autres doigts quelques secondes, et relâche la pression.



La mère reprend ensuite la même séquence pendant quelques minutes et change de sein. Il est courant que les mères obtiennent plus de lait en changeant plusieurs fois de sein au cours d'une même séance. Certaines mères ont plus de facilité à faire venir le lait en alternant d'un sein à l'autre après seulement 2 ou 3 séquences. (voir le lien vers la vidéo de l'Université de Stanford, en fin de fiche).

COMMENT ACCOMPAGNER LA MÈRE À RECUEILLIR SON LAIT ?

Conditions d'hygiène :

- Au préalable, lavage soigneux des mains.
- Pour l'hygiène du matériel, chaque établissement établira des procédures en accord avec le CLIN.

Choix de la taille des tétérrelles

- Il est important que la taille soit adaptée en fonction de la taille du mamelon.
- Choisir une tétérrelle dont la taille correspond au diamètre à la base du mamelon + 2 mm.
- Certains fabricant de tire-lait proposent des réglottes de mesure.

	Situation	Objectifs	Expression manuelle	Modèle de tire-lait	Fréquence de recueil
Avant la montée de lait	Nouveau-né transféré prématuré ou à terme	Initier la lactation	Très importante les premiers jours, à combiner avec l'utilisation du tire-lait (cf. stratégies de Jane Morton)	Physiologique double recueil	Proposer en priorité les stratégies de Jane Morton
	Défaut de transfert de lait	Initier la lactation	Très importante les premiers jours, à combiner avec l'utilisation du tire-lait	Physiologique double recueil	Proposer en priorité les stratégies de Jane Morton
Après la montée de lait	Insuffisance de lactation	Optimiser la lactation	Peut être utilisée selon le choix de la mère	Physiologique double recueil	Au moins 8/24h
	Défaut de transfert de lait **	Entretenir la lactation et prévenir l'engorgement (cf. fiche 13)	Peut s'avérer utile en fonction de la situation	Physiologique double ou simple recueil- tire lait manuel	Selon situation
	Utilisation ponctuelle tire-lait *	Entretenir la lactation	Peut s'avérer utile selon le choix de la mère	Tout type de tire-lait ou expression manuelle selon le choix de la mère	Fréquence libre

* : concerne de rares situations : contre indication temporaire, par exemple scanner injecté à base de produit iodés...

** : ne pas oublier de rechercher l'origine du défaut de transfert de lait.

STRATÉGIES DÉVELOPPÉES PAR LE DR JANE MORTON POUR OPTIMISER LE DÉMARRAGE DE LA LACTATION*

Ce schéma d'expression est à présenter aux mères, chacune expérimentant ce qui est le plus efficace pour elle. La fréquence des expressions est également à ajuster.

Les 3 premiers jours, avant la montée de lait - 8 fois par 24 h

Séquence	Objectif	Modalités
1)- Massage des seins	Stimuler le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
2)- Expression manuelle	Recueil du colostrum	En alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'expression de la dernière goutte de lait
3)- Tire-lait double recueil	Augmenter le temps de stimulation des seins comme pour un enfant à terme	La compression mammaire peut être utile si la mère trouve un moyen de la pratiquer

Après la montée de lait - 8 fois par 24 h

Séquence	Objectif	Modalités
1)- Massage des seins	Stimuler le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
2)- Tire-lait double recueil	Commencer le recueil de lait	La compression mammaire peut être utile, aider la mère à trouver un moyen de la pratiquer
3)- Massage des seins	Relancer le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
4)- Expression manuelle	Optimiser le drainage des seins pour stimuler la lactation et augmenter la quantité de lait recueilli	En alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement de lait
ou		
4)- Tire-lait simple recueil		En pratiquant la compression mammaire et en alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement de lait

Si la mère utilise un tire-lait, il est nécessaire de :

- lui montrer le matériel,
- lui apprendre à s'en servir et s'assurer qu'elle peut refaire seule,
- vérifier que la taille de la tétérrelle choisie permet une expression efficace et confortable,
- donner les informations sur le nettoyage du matériel et des mains,
- donner les informations sur la conservation du lait,
- fournir l'ordonnance pour la location d'un tire-lait adapté.

* Des vidéos sont disponibles à cette adresse :

Expression manuelle : <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html>

Utilisation combinée du tire-lait et des mains :

<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

ANNEXE 3 : Protocole peau à peau

Protocole peau-à-peau

Le peau-à-peau restaure le lien parent/enfant, il développe le sentiment de compétence maternelle et améliore la relation parent/enfant/soignant. Il favorise la montée laiteuse, il diminue les réactions de stress, améliore l'oxygénation et favorise l'endormissement du bébé.

INDICATIONS

- Favoriser le lien parent-enfant
- Favoriser la stabilité cardio-respiratoire et le sommeil du nouveau-né
- Favoriser la mise en place de l'allaitement
- Mesure antalgique lors d'un prélèvement sanguin (à débiter au moins 15 minutes avant le geste douloureux)

Contre-indications :

- Certaines situations en réanimation : Ventilation par HFO, drain thoracique, HTAP/instabilité respiratoire ou hémodynamique/ curarisation/ phase aiguë d'une ECUN/plaie abdominale
- Impossibilité de surveillance (charge de travail) en cas de nouveau-né scopé
- Refus des parents

Nécessité avis médical (certaines situations en réanimation):

- < 28 SA ou < 1 kg dans la 1^{re} semaine de vie
- KTVO, KTAO (bonne fixation, protection par une compresse)
- Sonde d'intubation trachéale
- Distension abdominale/surveillance digestive

DEROULEMENT ET INSTALLATION

La planification avec les parents est préférable pour une réalisation optimale.

La disponibilité des parents et de l'infirmière qui s'occupe du nouveau-né est indispensable.

A débiter idéalement lors d'une phase d'éveil du nouveau-né, par exemple après la toilette ou le change.

Durée : 1 h minimum pour un effet optimal

Peut durer plusieurs heures

Fréquence : possible tous les jours selon l'état de l'enfant voire 2x/j

Installation des parents :

- Hygiène des mains, peau propre
- Pas de bijoux, éviter le parfum et la consommation de tabac juste avant le peau à peau
- Pour le papa : il n'est pas recommandé de se raser le thorax
- Environnement calme et intime
- Installation confortable, dos au monitoring, si possible avec une inclinaison de 60°

Installation du nouveau-né :

- Déplacer le nouveau-né selon les principes de portage et respecter les principes de la position fœtale
- Mettre un bonnet et une couche
- Laisser la sonde thermique pour monitorer la température pendant toute la durée du peau à peau (si pas de sonde thermique : surveillance clinique +/- prise température)
 - o découvrir le nouveau-né si $t^{\circ} > 37.5^{\circ}\text{C}$
 - o ajouter un linge ou couverture si $t^{\circ} < 36.5^{\circ}\text{C}$
- Installer le nouveau-né en décubitus ventral en respectant les principes de la position fœtale

Surveillance pendant le peau à peau:

Nouveau-né : positionnement, constantes vitales, température

Parent : tolérance, disponibilité.

Le peau à peau doit être interrompu si, malgré le respect des règles d'installation et les ajustements éventuels, le nouveau-né présente des signes d'intolérance ou d'instabilité.

COPIL soins de développement

2012

1. Ledoux Y. Pratique du peau à peau en réanimation. Colloque UNESCO 2001.

2. Pierrat V et al. Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance. Journal de pédiatrie et de puériculture 2004 ; 17: 351-57.

3. Martel MJ. Milette I. Les soins du développement. Editions du CHU Sainte-Justine 2006

ANNEXE 4 : Formulaire de consentement

Bonjour Madame,

Nous nous appelons Martine, Kornélia et Sophie. Nous sommes Infirmière et Infirmières Puéricultrices dans les services de néonatalogie du Pôle Femme – Mère – Enfant.

Actuellement, nous suivons une formation auprès du Centre de Recherche et de Formation à l’Allaitement Maternel (CREFAM), afin de devenir consultante en lactation.

Dans ce cadre, nous réalisons une étude pour améliorer l’accompagnement des mères qui ont choisi de tirer leur lait, comme vous le faites actuellement pour votre bébé.

Si vous êtes d’accord, nous vous demandons de noter, chaque jour pendant 10 jours, les quantités de lait que vous exprimez et les moments où vous faites du peau à peau avec votre bébé. Nous avons conçu un petit livret pour vous aider à prendre ces notes. À l’issue de ces 10 jours, l’une d’entre nous vous proposera une discussion sur la manière dont s’est passé votre séjour dans le service.

Nous avons besoin de vos réponses pour envisager des changements qui permettraient de mieux soutenir les mamans ayant un bébé en néonatalogie.

Tenues au secret professionnel, vos réponses personnelles resteront confidentielles.

Si cela vous convient, voici le formulaire (à *compléter ci-dessous*) afin de participer à notre étude. Nous restons à votre disposition si vous avez des questions.

Merci beaucoup de votre participation.

Kornélia TANTALE
Martine PAYET
Sophie BENARD-HOARAU

NOM :BÉBÉ :

PRENOM :

J’accepte de participer à l’étude réalisée par Mmes Bénard-Hoarau, Payet et Tantale.

Je suis d’accord pour noter chaque jour pendant 10 jours les moments où je fais du peau à peau avec mon bébé et les quantités de lait maternel que j’exprime, et pour avoir un entretien avec l’une des 3 responsables de l’étude. J’ai bien noté que mes réponses et mes données seront traitées de façon anonyme et que je peux me retirer de l’étude à tout moment.

DATE :

SIGNATURE :

ANNEXE 5 : Grille de recueil

ETUDE
SUR
LE PEAU A PEAU
ET
L'EXPRESSION DU LAIT
DANS LES UNITES DE NEONATOLOGIE
du CHU site GHSR

livret de Mme
Chambre n°

sera récupéré le

	PEAU A PEAU			EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée
	Horaire	Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
Jour de la naissance	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		

PEAU A PEAU			EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée	
	Horaire	Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
2 ^e jour 	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		

PEAU A PEAU				EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée
	Horaire	Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
3 ^e jour 	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		

		PEAU A PEAU			EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée
		Horaire	Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
4 ^e jour		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		

		PEAU A PEAU			EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée
		Horaire	Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
5 ^e jour		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		

PEAU A PEAU			EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée	
	Horaire	Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
6 ^e jour 	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		

PEAU A PEAU				EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée
Horaire		Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
7 ^e jour 	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		

PEAU A PEAU			EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée	
	Horaire	Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
8 ^e jour 	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		

PEAU A PEAU				EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée
Horaire		Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
9 ^e jour 	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
	de.....à.....			à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		
				à.....		

		PEAU A PEAU		EXPRESSION DU LAIT		Évènements de la journée	
		Horaire	Papa	Maman	Horaire	Quantité en ml	Remarques :
10 ^e jour		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
		de.....à.....			à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		
					à.....		

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ET...

BRAVO !

TIRER VOTRE LAIT EST UN CADEAU PRECIEUX POUR VOTRE BEBE

ET L'AIDE A SE DEVELOPPER

Martine
Kornélia
Sophie

Infirmière et
Infirmières puéricultrices
en néonatalogie

Pour nous joindre :

Sophie - Réanimation Néonatale **Poste 54316**
Martine - Soins Intensifs Néonat. **Poste 54313**
Kornélia - Soins Intensifs Néonat. **Poste 54313**

ANNEXE 6 : Questionnaire d'entretien

Expression du lait

1) Votre projet est de tirer le lait pour :

- ☐ allaiter au sein par la suite
- ☐ que votre bébé soit nourri avec votre lait pendant son hospitalisation
- ☐ vous ne savez pas bien encore

2) Avez-vous reçu des informations sur l'expression du lait avec le tire-lait ?

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

Si la mère ne se souvient pas bien :

Vous a-t-on montré l'utilisation du tire-lait ? Les réglages ? Les règles d'hygiène ?

Un soignant était-il présent pour vous aider lors de la 1^{ère} utilisation du tire-lait ?

3) Combien d'heures après la naissance avez-vous tiré votre lait la première fois ?

.....

4) Où avez-vous tiré votre lait pour cette première fois ?

- ☐ à la maternité
- ☐ dans le service du bébé

5) Avez-vous eu des informations sur le nombre minimal d'expressions par 24 heures qui favorise un démarrage optimal de la lactation ?

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, de quoi vous souvenez-vous ?

.....

.....

Réajuster si besoin

6) Avez-vous eu des explications sur l'intérêt d'exprimer le lait au moins une fois la nuit ?

☐ oui

☐ non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

En fonction de la réponse de la mère, il serait judicieux de réajuster.

7) Le matériel nécessaire pour tirer votre lait, était-il facilement accessible ?

☐ à la maternité

☐ oui

☐ non

☐ dans le service du bébé

☐ oui

☐ non

☐ à domicile

☐ oui

☐ non

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

8) Quels obstacles avez-vous rencontrés pour tirer votre lait ?

☐ j'étais trop fatiguée

☐ j'étais trop préoccupée et inquiète pour mon bébé

☐ je préférais rester auprès de mon bébé plus longtemps

☐ ma famille (conjoint, autres enfants...) avait besoin de moi

☐ je n'ai pas compris les conseils

☐ je ne voyais pas l'importance

Autre :

.....

.....

.....

.....

.....

9) Comment faites-vous pour tirer votre lait ?

- | | |
|---|---|
| ☐ un sein après l'autre | |
| ☐ les deux en même temps | |
| ☐ avec massage | ☐ sans massage |
| ☐ avec expression manuelle | ☐ sans expression manuelle |
| ☐ avec compression | ☐ sans compression |

Si la mère a du mal à répondre, on peut l'orienter.

10) Avez-vous entendu parler de l'expression manuelle ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ oui | ☐ non |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui, quand ?

.....

.....

.....

11) Vous a-t-on montré comment exprimer votre lait avec vos mains ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ oui | ☐ non |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui, quand ?.....

.....

12) Avez-vous eu l'occasion d'exprimer votre lait en présence d'un soignant ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ oui | ☐ non |
|------------------------------|------------------------------|

13) Avez-vous eu des explications sur l'intérêt de l'expression manuelle pour stimuler la lactation en cas de naissance prématurée ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ oui | ☐ non |
|------------------------------|------------------------------|

14) Pendant ces 10 jours, avez-vous discuté des quantités de lait que vous obteniez avec un soignant ?

- ☐ jamais
- ☐ une seule fois
- ☐ une fois par semaine
- ☐ plus d'une fois par semaine

15) Êtes-vous satisfaite de l'aide que vous avez eue pour tirer votre lait ?

☐ très satisfaite ☐ assez satisfaite ☐ pas très satisfaite ☐ pas satisfaite du tout

Commentaires :.....
.....
.....
.....
.....

16) Comment vous sentez-vous par rapport à votre projet initial ?

☐ très confiante
☐ pas très confiante
☐ très inquiète

Le « Peau à Peau »

1) Avant la naissance de votre bébé, aviez-vous eu des informations sur l'intérêt du peau à peau ?

☐ oui ☐ non

2) Après la naissance de votre bébé, avez-vous eu une discussion avec un (ou plusieurs) soignant sur l'intérêt du peau à peau ?

☐ oui ☐ non

3) Pouvez-vous me citer en quoi le peau à peau peut être une aide ?

- pour votre bébé :.....
.....
- pour vous :.....
.....
- pour l'allaitement :.....
.....

4) Le Peau à Peau a été réalisé le plus souvent :

- ☐ suite à votre demande
- ☐ sur proposition du soignant

5) Parfois le Peau à Peau n'a pu être réalisé pour les raisons suivantes :

- ☐ votre bébé était intubé
- ☐ votre bébé avait un cathéter ombilical
- ☐ votre bébé n'était pas stable (bradycardie, désaturation)
- ☐ le soignant n'était pas disponible (trop d'activité, urgence...)
- ☐ l'organisation de vos soins (soins gynécologiques, traitement, repas...)
- ☐ vous n'étiez pas encore autonome pour vous déplacer dans le service de votre bébé (césarienne, personne pour vous emmener...)
- ☐ vous n'étiez pas disponible pour des raisons personnelles ou familiales

autre.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIQUES/WEBOGRAPHIQUES

¹ Initiative Hôpital Ami des Bébé. Les Douze recommandations. IHAB France, 2009.
<http://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>

² Hopkinson JM, Schanler RJ, Garza C. Milk production by mothers of premature infants. Pediatrics, 1988 ; 81(6), 815-820. Résumé disponible sur :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3368280>

³ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement Genève. Genève : OMS ; 1999.
http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf

⁴ Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Kelechi T, Mueller M. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. J Perinatol. 2012 Mar;32(3):205-9.
<http://www.nature.com/jp/journal/v32/n3/full/jp201178a.html>

⁵ Exprimer le lait maternel
<http://www.lactitude.com/docs/docs/Exprimer-le-lait-maternel.pdf>

⁶ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA). Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons. AFSSA ; juillet 2005.
<https://www.anses.fr/fr/system/files/MIC-Ra-BIB.pdf>

⁷ Réseau OMBREL. Recueil de lait et entretien des tire-lait en néonatalogie : recommandations professionnelles par consensus formalisé d'experts. Novembre 2013.
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/2013_LaitNeonatalogie_ombrel.pdf

⁸ Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. J Perinatol. 2009 Nov;29(11):757-64
<http://www.nature.com/jp/journal/v29/n11/full/jp200987a.html>

⁹ Allaiter un bébé prématuré. Optimiser la production de lait
<http://www.lactitude.com/text/Bebe-premature-Optimiser-la-production-de-lait.html>

¹⁰ Double expression
<http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/research-at-medela/double-pumping.html>

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La méthode « mère-kangourou » - guide pratique. Genève : OMS ; 2004.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43099/1/9242590355.pdf>

¹² Organisation mondiale de la Santé (OMS). La protection thermique du nouveau-né : guide pratique. Genève : OMS ; 1993.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63987/1/WHO_RHT_MSM_97.2_fre.pdf

¹³ Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ibe O, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Ruiz Peláez JG, Sizun J, Widström AM. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. Acta Paediatr. 2010 Jun;99(6):820-6.

https://kamcaredesign.jetshop.se/pub_docs/files/KMC_committee_report_2010.pdf

¹⁴ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant - Recommandations. Paris: ANAES; 2002.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf

¹⁵ Kirsten GF, Bergman NJ, Hann FM. Kangaroo mother care in the nursery. Pediatr Clin North Am. 2001 Apr;48(2):443-52

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11339163>

¹⁶ Ludington-Hoe SM, Morgan K, Abouelfetoh A. A Clinical Guideline for Implementation of Kangaroo Care with Premature Infants of 30 or more weeks' postmenstrual Age. Advances in Neonatal Care. 2008 Jun;8(3S): S3-S23.

<https://www.nsf.no/Content/113897/National%20Guideline2008.pdf>

¹⁷ Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT. Effects of pumping style on milk production in mothers of non-nursing preterm infants. J Hum Lact. 1999 Sep;15(3):209-16

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10578798>

¹⁸ Bonne taille de tétérèlle

<http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/good-to-know/right-size-of-breastshield.html>

¹⁹ Référentiel Allaitement maternel du réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon, Fiche 11 Expression manuelle et tire-lait

http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/Fiche_11.pdf